Geistesstörung

bei

Tabes dorsalis.

INAUGURAL-DISSERTATION

der

medicinischen Facultät

der

Kaiser-Wilhelms-Universität Strassburg

zur Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

Conrad Henry Neebe,

pract. Arzt aus Fauresmith.

STUTTGART.
Greiner & Pfeiffer, Hofbuchdruckerei.
1885.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: Prof. Dr. Jolly.

Seinem Vater

Dr. C. W. Neebe

dankbar gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552716_0065

Duchenne sagt im Jahre 1858 in seiner Arbeit: de l'ataxie locomotrice progressive: j'ai été frappé de l'intégrité des facultés intellectuelles, qui se conserve, comme l'intégrité de la force musculaire jusqu'au terme de la maladie. Auch Trousseau (Article Ataxie du Dictionaire de Jaccoud. Paris 1865) äussert sich fast in der nämlichen Weise. Die erste Angabe über Geistesstörung bei Tabes findet sich allerdings schon in Horns Archiv 1833, ein Fall von Dementia paralytica. Hoffmann veröffentlichte dann ebenfalls einen Tabesfall complicirt durch Dementia paralytica in der Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. XIII. S. 209. Im Jahre 1856 konnte Türck in den Sitzungsberichten der Wiener Akademie, Bd. XXI. zwei Fälle und Joffe 1860 in der Zeitschrift für Wiener Aerzte einen weitern Fall von Tabes durch Dementia paralytica complicirt hinzufügen. Nachdem einmal die Aufmerksamkeit auf dieses Zusammentreffen gerichtet war, erschienen zahlreiche Veröffentlichungen. Sehr ausführlich wurde 1863 das Verhältniss von Tabes zur allgemeinen Paralyse behandelt von Westphal:*) Tabes dorsalis, graue Degeneration der Hinterstränge und Paralysis universalis progressiva. In den Fällen, in welchen der atactische Gang bei Paralytikern vorhanden war und in denen ein Umfallen bei geschlossenen Augen eintrat — differential diagnostisch ausserordentlich wichtig gegenüber der uncomplicirten Dementia paralytica — in allen diesen Fällen konnte stets graue Degeneration der Hinterstränge nachgewiesen werden. Ein Fall war sehr interessant, in welchem macroscopisch die Diagnose nicht zu stellen war und in welchem erst die microscopische Untersuchung ergab, dass dennoch die auf graue Degeneration der Hinterstränge gestellte Diagnose eine richtige war. In der Folge erschienen theils Veröffentlichungen einzelner Fälle von Tabes mit Psychose, theils ziemlich ausführliche Werke über Tabes und die bei dieser Erkrankung auftretenden Complicationen. Während

*) Siehe Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Band 20 u. 21.

nun die allergrösste Mehrzahl der Psychosen bei Tabes die allgemeine Paralyse betraf, so wurden später und besonders in den letzten Jahren in Deutschland wie in Frankreich auch Tabesfälle, complicirt mit andern Psychosen, veröffentlicht. Bei einigen Fällen konnte der Nachweis erbracht werden, dass die Tabes zum mindesten praedisponirend bei der Psychose mitgewirkt hatte, bei andern aber konnte ein Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen absolut nicht geliefert werden und mussten diese Fälle eben so aufgefasst werden, dass die Psychose zur Tabes hinzukam, wie sie dies auch bei jeder andern Erkrankung thun kann. Die Zahl der veröffentlichten Fälle von Tabes complicirt durch Psychosen exclusive die Dementia paralytica ist noch nicht sehr gross. Es dürfte desshalb nicht unzweckmässig sein, die in der Literatur mitgetheilten Fälle durch neue zu vermehren, um ein Urtheil über den Zusammenhang beider Krankheiten zu gewinnen. Auf der hiesigen psychiatrischen Klinik wurden in den letzten Jahren 3 Tabesfälle complicirt durch Psychose (natürlich mit Ausschluss der allgemeinen Paralyse) beobachtet. Die Veröffentlichung dieser Fälle hat mir Herr Prof. Dr. Jolly freundlichst gestattet.

Fall A.

Georg G. 52 Jahre alt. In der Klinik behandelt vom 14. September bis 10. October 1882. Seit etwa 3 Jahren vor der Aufnahme bestehen Klagen über Schmerzen im Rücken und in den Beinen. Allmählig trat zunehmende Gehstörung auf. Seit einem halben Jahr besteht Incontinenz. Bei der Aufnahme bestand ausgesprochener atactischer Gang. Der Kranke konnte nur noch mit Stöcken gehen. Das Romberg'sche Symptom war vorhanden. Die Patellarreflexe fehlten. Die Sensibilität in den Beinen war abgestumpft. Keine Heredität.

Pat. war starker Trinker. Syphilitische Infection konnte nicht mit Sicherheit ermittelt werden. Er lebte seit längerer Zeit in beständigem Hader mit seiner Frau, wozu häufig dadurch Anlass gegeben wurde, dass auch sie sich dem Schnapsgenuss ergeben hatte. In der letzten Zeit warf er ihr häufig vor, dass sie seinen hülflosen Zustand benützt habe, um ihn zu betrügen, dass sie es mit andern Männern halte, dass sie ihn umbringen wolle und dass sie ihn gegen seinen Willen zu einem Testament zu ihren Gunsten verleitet habe.

Etwa 3 Monate vor der Aufnahme begann er Thorheiten im Geschäft zu machen. Er bezahlte für ein Gut beträchtlich mehr als es werth war, lieh Geld aus, das ihm zur Uebermittelung an Andere übergeben worden war und Aehnliches. Wenn er von seiner Frau zur Rede gestellt wurde, wurde er heftig und misshandelte sie. Nachträglich leugnete er die Misshandlungen ab und suchte sein Verfahren bei den thörichten Geschäften durch allerhand Ausreden zu beschönigen. Kurz vor seiner Aufnahme hatte er es noch fertig gebracht, in Verbindung mit seiner Schwester einen Notar zu gewinnen, der ohne Vorwissen seiner Frau ein neues Testament aufnahm, wodurch das frühere umgestossen wurde. In der Klinik zeigte Pat. ein zurückhaltendes, mürrisches Wesen, war stets misstrauisch und that, als ob er von dem Testament und von seinen geschäftlichen Thorheiten nichts wisse. Bei Besuchen von Seiten seiner Frau that er sehr unschuldig und freundlich und als er auf ihren Vorhalt die Umstossung des Testaments zugeben musste, stellte er sich als das Opfer seiner Schwester hin, die ihn dazu veranlasst habe. Trotzdem behielt er, wie aus gelegentlichen Aeusserungen hervorging, seine Verfolgungs- und Eifersuchtsideen bei. Sprachstörung fehlt. Eigentlicher Blödsinn war nicht vorhanden; auffallend war die gelegentlich auftretende Neigung zum Sammeln werthloser Gegenstände.

Ueber die weiteren Schicksale des Kranken, der von hier aus wieder nach Hause gebracht wurde, konnte Nichts ermittelt werden.

Fall B.

Br. Friedrich, Telegraphenassistent, 38 Jahre. Keine Heredität.

Pat. war früher beim Militär, machte bei der reitenden Artillerie den Feldzug 1870/71 als Wachtmeister mit. Er wurde nicht verwundet; nur einmal scheute sein Pferd vor einer Kugel und warf ihn ab. Pat. fiel auf den Rücken und blieb einige Zeit besinnungslos liegen. Er hatte nachher starke Schmerzen im Kreuz. Auf dieses Ereigniss führt er seine jetzige Lähmung zurück. Unmittelbar nach dem Sturz konnte

er aber noch ganz gut gehen. Im Jahre 1874 heirathete Pat. Pat. war nach Aussage seiner Frau stets sehr reizbar, gerieth bei der geringsten Veranlassung gleich in grosse Aufregung, tractirte in derselben auch seine Frau mit Ohrfeigen. Nachdem nun Pat. aus dem Militärdienst ausgetreten war, wurde er zunächst im Präsidium als Schreiber beschäftigt. Später machte er sein Examen als Telegraphenassistent und trat 1875 in den Telegraphendienst über. Seit 1876 bemerkt er eine grosse Schwäche im rechten Bein, die ihn am Gehen verhinderte. Der Telegraphendienst strengte ihn sehr an; er will häufig davon Zusammenziehen in den Händen gehabt haben. Sehr viel litt er auch an Schmerzen in den Beinen. Im Anfang vorigen Jahres liess er sich in Basel untersuchen. Damals fehlte schon der Patellarreflex an beiden Beinen. Auch war er damals schon nicht mehr im Stande, im Dunkeln zu gehen. Im Jahre 1884 ging er in eine Anstalt in Bendorf, um sich dort behandeln zu lassen. Es wurde angewendet: der faradische Pinsel und Bromkali. Schon damals will er zuweilen an heftiger geschlechtlicher Aufregung gelitten haben. Ende Juli verliess er die Anstalt, ohne gebessert zu sein.

Seit 8 Tagen äussert Pat. die Idee, dass seine Frau und seine Schwiegermutter ihn vergiften wollten. Er glaubt Arsenik bekommen zu haben. Er fühlte sich selbst so aufgeregt, dass er sich am 6. Januar d. Js. in das Diakonissenhaus aufnehmen liess. Hier schrieb er am 8. Abends einen Brief an den Staatsanwalt und bat darum, ihn untersuchen zu lassen, da er den dringenden Verdacht hege, dass seine Frau ihn mit Arsenik habe vergiften wollen. Er sprach oft von dem Tode seines Schwiegervaters und meint, dass er an derselben Krankheit wie dieser leide. Am 9. Januar verliess er plötzlich das Diakonissenhaus und kehrte zu seiner Frau zurück. Nachdem er dann vom 9. bis 10. gut geschlafen hatte, fühlte er sich weniger aufgeregt.

Inzwischen hatte der Staatsanwalt seine Ueberführung in die hiesige Klinik veranlasst. Seit dem 1. Januar ist von der Behörde seine Pensionirung beantragt. Von seinen beiden Söhnen ist der älteste nervös und schwächlich. Seine Frau ist selbst leidend, nervös und aufgeregt.

Pat. ist in der letzten Zeit verschwenderisch mit seinem Vermögen umgegangen, hat schon seit

längerer Zeit getrunken, war selten zu Haus, weil er sich dort nicht wohl fühlte. Abnahme des Gedächtnisses hat die Frau an ihm nicht bemerkt.

10. Jan. 1885. Pat. fragt gleich beim Eintritt des Arztes, welches die Symptome der Arsenikvergiftung seien. Er habe die bestimmte Ueberzeugung, dass seine Frau, wahrscheinlich veranlasst durch ihre Mutter, ihn vergiften wolle. Seine Lähmung, seine Verstopfung und die starke geschlechtliche Aufregung, die er in der letzten Zeit verspürt habe, seien wohl unzweifelhaft Folgen dieser Vergiftung. Er bringt dies Alles in grosser Aufregung vor. Am Nachmittag ist Pat. bedeutend ruhiger, meint, er habe plötzlich eine fixe Idee gehabt, die ihm als solche auch vollständig klar ist. Er spricht mit grosser Offenheit davon, so dass er nicht den Eindruck macht, als ob er noch von der fixen Idee beherrscht werde.

Pat. ist ein stark gebauter, kräftiger Mann. Auffallend ist eine grosse Blässe des Gesichts. Bei seinem Gang ist ein Werfen der Beine deutlich bemerkbar. Schon beim Stehen mit geschlossenen Beinen: Schwanken; beim Schliessen der Augen fällt Pat. um. Keine Atrophie an den Beinen. Etwas gelbliche Nägel an den Zehen beider Füsse, auch an den Fingern beider Hände. Patellarreflex fehlt beiderseits. Leichte Berührung mit dem Finger, mit dem Nagel, der Nadel wird nicht empfunden. Stärkere Berührungen zuweilen empfunden an beiden Beinen. Am unempfindlichsten scheint die Aussenseite des rechten Beines zu sein. Stechen mit der Nadel wird links als lebhafter Schmerz empfunden mit beträchtlich verlangsamter Leitung. Der Schmerz ist recht bedeutend, von gewisser Dauer. Rechts verlangsamte Leitung nicht so ausgesprochen. An den Händen ist noch nichts von Empfindungsstörung zu bemerken. Der Urin trüb, enthält reichlichen Bodensatz. Kein Eiweiss. Stuhlgang wird zuweilen in's Bett gelassen. Herzthätigkeit beschleunigt. Keine Geräusche.

11. Jan. 1885. In der Nacht erwacht Pat. plötzlich, klagt über Herzklopfen, Beängstigung und Heisshunger. Nach Befriedigung des letzteren wieder Beruhigung.

12. Jan. 1885. Am Nachmittag um 4 Uhr wieder starkes Herzklopfen und Beängstigung. Pat. äussert wieder lebhaft die Vergiftungsidee, meint,

seine Frau habe ihm Arsenik gegeben, um ihn geschlechtlich aufzuregen; bittet, man möchte ihn doch ja nicht aus der Klinik lassen, auch wenn er das grösste Verlangen darnach zeigte. Nach Verlauf einer Stunde ist Pat. wieder vollkommen ruhig, meint, er denke jetzt gar nicht mehr an seine Ideen. Auf die Arsenikvergiftung sei er gekommen durch das Lesen eines Aufsatzes in der Gartenlaube über die Steiermärker.

14. Jan. 1885. Keine neuen Anfälle von Beängstigung. Pat., der bei der klinischen Vorstellung die Andeutung auf seine Krankheit richtig verstanden hat, ist jetzt sehr niedergeschlagen und meint, er werde nun wohl bald sterben, es sei weiter keine Hoffnung mehr für ihn vorhanden.

16. Jan. 1885. Pat. grübelt viel über seine Krankheit nach, meint er habe noch die Nervenschwindsucht neben seinem Rückenmarksleiden. Von seiner Frau denkt er sehr schlecht. Sie sei geisteskrank, dumm, man habe ihn mit ihr betrogen; sie sei stark geschlechtlich und habe ihn um die meisten Haare gebracht; nach dem ersten Jahr der Ehe habe sie auch nach Andern ihre Blicke geworfen; einmal habe er sie mit einem Beamten zusammengetroffen, einmal habe sein Sohn ihm erzählt, dass sie mit dem Kaminfeger Blicke gewechselt habe. Davon sei er krank geworden.

Entlassen nach Hause am 17. Jan. 1885.

Fall C.

Aus der hiesigen psychiatrischen Klinik, in welche er nach längerem Aufenthalte in der medicinischen Klinik verlegt worden war.

R. Alexander, 33 Jahre, Schlosser. Vater und eine Schwester des Pat. starben in einer Irrenanstalt. Mutter starb an Hydrops. 2 Geschwister des Pat. leben und sind gesund. Mit 17 Jahren hatte er eine Gonorrhoe. Mit 18 Jahren lag er im Spital Cran in Algerien; er hatte dort einen harten Schanker bekommen; später eine Roseola und Halsentzündung. Nach 5 Monaten wurde er als geheilt entlassen. Ueber die Behandlung weiss Pat. nichts mehr anzugeben.

Im Jahre 1868 hatte Pat. ein kurzandauerndes Sinnesdelirium.

Nach dem Krieg 1870 blieb er in Algerien; erst 1872 kam er in seine Heimat zurück; 1874 wurde er wegen Diebstahls in die Straf-Anstalt Ensisheim geschickt.

1875 hatte er zum zweitenmal ein Sinnesdelirium. Excesse in Alkohol haben vor den Delirien stets eine Rolle gespielt.

1879 wurde er abermals nach Ensisheim geschickt. Schon damals hatte er Schwierigkeit beim Uriniren, die immer zunahm, so dass 1880 der Gebrauch einer Sonde nöthig wurde. Im selben Jahr war Pat. in einer Weberei in der Strafanstalt angestellt, wo ihm durch Anstrengung und Kälte die Füsse anschwollen. Darauf wurde der Gang unsicher und schwankend. Schmerzen will er nur in den Zehen gehabt haben. Er zeigt jetzt Defecte an den Zehen, welche er vor 3 Wochen acquirirt hat.

Mittelgrosser Mann. Bauch schlaff, an beiden Füssen sind verschiedene Nägel der Zehen ausgefallen. Eiterung an den Phalangen. An verschiedenen Stellen der Planta pedis ist die Epidermis blasenförmig abgehoben. Die Untersuchung des Augenhintergrundes bleibt negativ. Bauchreflexe fehlen. Cremasterreflexe beiderseits vorhanden. Patellarreflexe fehlen beiderseits. Pat. fühlt die Nadelstiche am Bauch und an den Oberschenkeln und localisirt sie; er zuckt bei jedem Stich zusammen. Unterhalb der Kniegelenke besteht ausgesprochene Anaesthesie. Schwanken bei geschlossenen Beinen. Bei Schluss der Augen fällt Pat. um. Die Sprache ist nicht stotternd. Pat. kann sämmtliche Zahlen und Buchstaben aussprechen, ohne anzustossen. Im Bett kann er beide Beine ziemlich gut heben und bewegen, das linke etwas schlechter als das rechte. Die Musculatur ist nur mässig entwickelt; rechts etwas schwächer als links. Der Urin tröpfelt ab. Die Blase geht bis zur Symphyse. Harte Drüsen in der Leistengegend.

Aufnahme am 26. April 1882. 27. April. In der letzten Nacht wurde Pat. sehr aufgeregt; er hat hallucinirt; als die wachthabende Schwester ihm zu trinken gab, sprang er heftig gegen sie an und fing an laut zu bellen. Heute früh ganz ruhig, anscheinend klar. Puls regelmässig; kein Fieber

29. April. Gestern Abend war Pat. wieder unruhig, hallucinirte; er musste angebunden werden; heute wieder ruhiger. Der Urin neutral, übelriechend. Pat. katheterisirt sich täglich dreimal. Localisation unterhalb der Kniegelenke verlangsamt.

3. Mai. Obwohl Pat. in den letzten Nächten ruhig war, so ist er dennoch nicht klar und hallucinirt.

6. Mai. Pat. ist jetzt ruhig; schläft, kann auch viel besser auf den Füssen stehen; er geht etwas im Saal umher. Heute klagt er über Schmerzen in der Wirbelsäule, ohne dass die Percussion eine gesteigerte Sensibilität nachweisen konnte. Pat. ist psychisch immer noch benommen, beschäftigt sich stundenlang mit kleinen Gegenständen, hat ein neues Taschentuch ganz zerschnitten, um damit einen Zopf zu flechten. Pat. wird auf die psychiatrische Klinik verlegt. Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik vom 13. bis 18. Mai 1882. Hier nichts neues constatirt. Pat. desshalb entlassen.

Wesentlich gebessert verliess Pat. die medicinische Klinik, in welche er nach seiner Entlassung aus der psychiatrischen Klinik wieder aufgenommen wurde. Entlassung aus der medicinischen Klinik am 10. Aug. 1882. Er konnte seine Arbeit wieder aufnehmen, anfangs den ganzen, später nur noch den halben Tag. Es traten heftige Krämpfe in Armen und Beinen und allgemeine Schwäche in den Beinen auf, welche ihm das Arbeiten unmöglich machten. Wiedereintritt am 25. Oct. 1883. Pat. klagt über blitzartige Schmerzen im Nacken. Den Stuhl kann Pat. nicht mehr zurück halten. Die Muskulatur hat eher zu- als abgenommen. Die Sensibilität nicht wesentlich gestört. Muskel sind auch gut erhalten. In den untern Extremitäten vom Knie abwärts deutlich verlangsamte Leitung. An den Füssen hat die Sensibilität entschieden gelitten. Die Extremitäten kalt. Seit einigen Tagen hat Pat. wieder Erectionen. In der letzten Nacht sogar eine Pollution. Temperatursinn hat nicht gelitten. Pat. war im Lauf des vorigen Jahres in der hiesigen Poliklinik für Augenheilkunde. Näheres konnte jedoch nicht ermittelt werden.

Da bis jetzt eine zusammenstellende Arbeit von Psychosen bei Tabes exclusive die Dementia paralytica noch nicht erfolgt ist, so habe ich mich bemüht, sämmtliche in der französischen und deutschen Literatur*) aufgezeichneten Fälle zu

*) In der engl. Literatur waren keine Fälle dieser Art aufzufinden.

sammeln. Freilich muss hier im Voraus bemerkt werden, dass viele Fälle äusserst ungenau mitgetheilt sind, so dass man sehr oft in Verlegenheit ist, in welche Kategorie von Geistesstörung dieser oder jener Fall gehört. Bei manchen Fällen wird man bei den dürftigen Notizen hierüber Zweifel erheben dürfen, bei manchen wird man aber geradezu ausser Stande sein, die richtige Diagnose zu stellen.

Wir werden finden, dass sich fast alle Psychosen mit Tabes compliciren können. Wir wollen die Psychosen in folgender Reihenfolge betrachten.

I. Melancholie.
II. Manie.
III. Verrücktheit.
IV. Dementia.

An die Mittheilung der Fälle schliessen sich einige Bemerkungen über epileptisches Irresein bei Tabes; hierauf lassen wir die Epikrise über die neu mitgetheilten sowie über die aus der Literatur zusammengestellten Fälle folgen.

I. Melancholie.

Fall 1. Topmard: de l'ataxie locomotrice et en particulier de la maladie appelée ataxie locomotrice progressive. Paris 1864. Obs. 173.

Frau von 57 Jahren. Eintritt am 9. Dec. 1862. Keine Heredität. Lues fraglich. In der Jugend viel Nasenbluten und Migräne. Sie hat viermal geboren. Seit 15 Jahren hat sie hart arbeiten müssen und hat viel Noth gelitten. Sie ermüdete leicht während der Arbeit. Die Glieder wurden steif und schwach. Vor 10 Jahren litt sie an Hyperaesthesien an den verschiedensten Körpertheilen, welche auf Druck schmerzhaft waren. Diese Hyperaesthesien dauerten meist einen Tag und traten im Ganzen ca. 15 mal auf. Etwas später litt sie an Schwindel mit Sehstörungen. Vor fünf Jahren consultirte sie einen Arzt wegen Anaesthesie am Ringfinger. Vor drei Jahren bekam sie Ameisenkriechen in den Fingern und den Händen und in den grossen Zehen, mehr links wie rechts. Functonen alle vortrefflich, nur habituelle Constipation. Niemals Kopfschmerzen mit Ausnahme der Anfälle von Migräne. Niemals Diplopie oder erschwerte Sprache. Vor 6 Wochen taubes Gefühl in den Beinen, Ameisenkriechen und stechende Schmerzen.

Status vom 29. Dec. 1862.

Abgemagerte Person mit schmerzlichem Gesichtsausdruck.

Am Gesichts-, Geruchs-, Geschmacks- und Gehörssinn Nichts Abnormes.

Febrilläre Muskelzuckungen an den Muskeln des Vorderarmes und an den Interossei. Linkes Bein bedeutend abgemagert und schwächer

als das rechte. Wenn sie mit der rechten Hand schreiben soll, so fühlt sie die Feder nicht. Sensibilität an den untern Extremitäten normal. Nur das Kitzelgefühl geschwunden.

Am 20. Januar 1863. Gürtelschmerz. Die Sensibilität auf Stich herabgesetzt. Besonders hat die Ataxie des rechten Beines zugenommen. Reflexprüfungen sind nicht angeführt; ebenso keine Angaben über das Rombergsche Phaenomen.

26. Januar. Die Gürtelschmerzen haben zugenommen. Die Extremitäten fühlen sich kalt an. Die cutane Sensibilität an den unteren Extremitäten besser als vor acht Tagen.

1. Febr. Status idem.

Pat. befindet sich ohne Ursache in einer sehr weinerlichen Stimmung und ist deprimirt.

22. Sept. 1863. Analgesie complett an den untern Extremitäten und herauf bis zu den Claviculae. Gehen nur mit Unterstützung möglich.

1. Jan. 1864. Pat. ist seit längerer Zeit in übler Laune, deprimirt und von Zeit zu Zeit abwesend, ohne aber zu deliriren oder zu halluciniren. Die weinerliche Stimmung kehrt oft wieder.

Die Psychose trat hier also in einem Stadium der Tabes auf, wo die Sensibilitätsstörungen einen höhern Grad erreichten.

Fall 2. Tigges. Beob. 3. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band 28. Heft III. Berlin 1871.

50jähriger Officier. Keine Angaben über Heredität oder Syphilis. Beginn der Krankheit 1867 nach bedeutenden Strapazen unter Fiebererscheinungen. Schiessende Schmerzen vom Steissbein bis in die Beine. Distanzsinn erhöht. Schmerzempfindlichkeit ebenfalls. Druck und Muskelsinn herabgesetzt. Stehen ermüdet mehr als Gehen. Schwanken, nicht Umfallen bei Schluss der Augen. Rohe Kraft erhalten. Kälte und Einschlafen, besonders des linken Armes. Schlaflosigkeit. Gefühl von Pelzigsein. Ab und zu Kopfschmerzen und Kopfcongestionen. Pat. litt häufig an Herzklopfen. April 1870 nach vorheriger Besserung Rückfall.

1871 März. Pat. leidet an grosser Flüchtigkeit der Gedanken, der Faden des Gedankens reisst ihm häufig ab. Es sind meist traurige Gedanken, die sich ihm aufdrängen. Gegenstand derselben sind seinem Herzen nahestehende Verhältnisse. Diese Flüchtigkeit der Gedanken will er erst seit $^1/_4$ Jahr bemerken. Er ist seit 1869 sehr viel mit Gedanken seiner Krankheit beschäftigt. Hierbei zieht es sich in sehr unangenehmer Weise vom Kopf nach dem Rücken. Bei Ablenken seiner Gedanken verliert sich auch der Schmerz. Gedächtniss intact. Zungenbewegung prompt. Nur einzelne Muskelfibrillen zucken. Beim Sprechen keine Abnormität zu constatiren.

Pat. leidet an starken vasomotorischen Störungen am Kopf. Spontane Schmerzpunkte dicht über der Nasenwurzel, auf dem Scheitel, an den oberen Rückenwirbeln und an den Kreuzbeinwirbeln. Eigenartige Sensationen: wäscht er seine Hände in kaltem Wasser, so bekommen sie ein brennendes Gefühl. Die Extremitäten stets eiskalt.

Auch hier finden die Sensationen keine bestimmende Verwerthung, so dass von einem tabischen Charakter der Psychose nicht die Rede sein kann. Dass der Process weiter nach oben hin fortgeschritten ist, dafür dürfte sprechen das Gefühl von Brennen an circumscripten Stellen des Kopfes; der Druck und das Ziehen in der Nasenwurzel bis zu den Backen herab. Die zeitweisen Congestionen beruhen in einer Lähmung der Gefässnerven. Die Sensationen wirkten in bedeutendem Grade verschlimmernd. (Tigges.)

Fall 3. Krafft-Ebing. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 28. Berlin 1872.

Caroline Dibold, 49 Jahre alt. Keine Lues. Keine Heredität. Stets gesund; in der Jugend Chlorose. Nach starker Erkältung vor 21 Jahren Schwäche, Müdigkeit, Tremor im linken Bein. Keine lancinirenden Schmerzen. Mit 29 Jahren erhebliche Schwäche des linken Beines; dann auch des rechten. Gang schleudernd. Vorübergehende Zuckungen in den Armen und Beinen. Ameisenkriechen. Stets Status idem. Nie Urinbeschwerden. Stuhl angehalten. Abmagerung der Beine. Nie Kopfschmerzen oder Schwindel. Sensibilität nach jeder Richtung hin intact.

5 Wochen vor ihrem Tode wurde Pat. trübsinnig und in sich gekehrt, sie äusserte Angst und fürchtete sich vor ihrer Umgebung, versteckte ihre kleine Baarschaft, klagte sich begangener Sünden an, wegen deren sie verfolgt zu werden fürchtete. Pat. verweigerte die Nahrungsaufnahme.

In Folge dessen rascher Zerfall der Kräfte. Keine Steigerung der Tabessymptome. Keine Betheiligung der Hirnnerven. Keine Sprachstörung. 5 Tage vor ihrem Tode wurde Pat. aufgeregt, schlaflos, fieberte. Sie wurde hochgradig verworren, entwickelte Bewegungsdrang, zerbrach alles, was ihr in die Hände kam. Nachts 24. bis 25. Jan. 1871: Collaps, Exitus.

Im Subduralraum 60 gr. Serum.

Pia und Arachnoidea an Stirn und Scheitelbeingegend graulich getrübt, etwas oedematös, blutarm, leicht von der Corticalsubstanz ablösbar. Gyri des Stirn- und Schläfenlappens erheblich verdünnt. 2te Stirn- und vordere Centralwindungen unters Niveau gesunken.

Rückenmark: graue Degeneration der Hinterstränge, auch der Seitenstränge. Im Lendenmark auch der Vorderhörner.

Die Pat. starb nach 20jähriger Dauer des Leidens.

Fall 4. Gruet. Étude clinique sur les troubles intellectuels dans l'ataxie locomotrice progressive. Paris 1882. Obs. 1.

Louise Ad. 56 Jahr. Eintritt am 6. October 1877 Sehr belastete Familie. In der Jugend hatte Pat. nervöse Anfälle mit Bewusstlosigkeit. Regel stets in Ordnung. Pat. ist Näherin; sie musste oft bis spät in die Nacht hinein arbeiten. Sie lebt in schlechten hygienischen Verhältnissen. Niemals Lues. Keine Excesse in Alkohol. Status praesens von 7. Okt. 1877. Wie aus einem Brief des bisher behandelnden Arztes hervorgeht, besteht schon seit 7 Jahren Ataxie, eingeleitet durch reissende Schmerzen im rechten Bein, später auch im linken. Der Gang wurde beschwerlich; Pat fiel öfters auf der Strasse um; es traten crises vésicales et anales auf. Häufig Incontinenz. Bald wurde der Gang atactisch. Sensibilität herabgesetzt. Schmerz und Temperatursinn vollkommen erhalten. Links Sehschärfe herabgesetzt. Pupillen eng. Kein Strabismus. Schlaflosigkeit. Kopfschmerzen. Kältegefühl in den Beinen.

15. Oct. 1881. Pat. vermag nicht zu stehen. Sehnenreflexe fehlen. Ataxie vollkommen ausgesprochen. Obere Extremitäten intact. Nur für Berührung besteht herabgesetzte Sensibilität. Incontinentia urinae. Pupillen verengt. Linkes Auge erblindet.

Von Zeit zu Zeit klagt Pat. über Hitzegefühl im ganzen Körper, welche 5—8 Tage dauern. Pat. jetzt unruhig und misstrauisch; sie sieht Niemandem ins Gesicht, sie hält den Kopf etwas nach rechts geneigt. Sie ist äusserst argwöhnisch, sie glaubt Alles, was um sie vorginge, geschehe, um sie zu erzürnen; sie glaubt Alles moquire sich über sie. Besonders reizbar ist sie zu den Zeiten, wo sie „ihr Fieber" hat. Die geringste Kleinigkeit irritirt sie dann und verschlimmert ihren Zustand. Nach 2—3tägiger Dauer wird Pat. wieder ruhiger. Von Zeit zu Zeit hat sie das Gefühl, als ob ihr Jemand die Hand auf die Schulter lege. Diese Hallucination beunruhigt sie und macht sie furchtsam. Der Schlaf stets sehr schlecht. Pat. hat Träume schreckhaften Inhaltes. Pat. weint sehr leicht. Im Winter hat sie häufiger das Gefühl, als wenn Löcher in den Scheiben wären.

Die zeitweise auftretenden 5—6 Tage dauernden Gefühle von Hitze im ganzen Körper dürften als vasomotorische Störungen (Lähmungen) aufzufassen sein; diese haben einen verschlimmernden Einfluss auf die Psyche der Kranken. Die Sensibilitätsstörungen geben Anlass zu der Idee, dass ihr jemand die Hand auf die Schulter lege, dass Löcher in den Scheiben wären. Die falsche Perception dieser Sensationen bewirkt, dass Pat. unruhig und furchtsam wird. Die psychische Störung trat erst ein nach der linksseitigen Erblindung.

Fall 5. Gruet. loc. cit. Obs. 2.

45jährige Frau. Eintritt 12. März 1878. Keine Angabe über Heredität. Keine Syphilis. Krankheit dauert bereits 9 Jahre. Beginn mit Taubheitsgefühl in den unteren Extremitäten, Gürtelschmerz, blitzartigen Schmerzen. Seit 5 Jahren schlechter Gang. Anaesthesie und Analgesie der Beine. Suborbitalschmerzen.

Ungefähr seit 3 Jahren: Aenderung des Charakters, früher lustig und fröhlich, jetzt reizbar und stets traurig und niedergeschlagen. Pat. ist unfähig zu irgend welcher Thätigkeit; leicht gereizt und leicht weinend; wegen einer Kleinigkeit weint sie oft für mehrere Tage. Für vergangene Dinge Gedächtnisschwäche.

Es scheint hier ziemlich sicher zu sein, dass die Tabesschmerzen die Aenderung des Charakters hervorgerufen haben. Wir werden diesem Zusammentreffen noch mehrere Male begegnen.

Fall 6. Gruet. loc. cit. Obs. 3. Eintritt Oct. 1882.

62jährige Näherin. Vater epileptisch. Mutter litt an Rheumatismus. 2 Kinder starben an Convulsionen. Keine Syphilis. Seit 17 Jahren Tabes. Beginn mit Gürtelschmerzen, oft 12 Stunden dauernd, mit Taubheitsgefühl in den Beinen, besonders nach längerem Sitzen. Ein Jahr später: schiessende, blitzartige Schmerzen in den Beinen. Im Jahre 1875 verlor sie das Gesicht auf dem linken Auge, in einem Zeitraum von $1^1/_2$ Monaten. Im Jahr 1878 nahm auch die Sehschärfe auf dem rechten Auge ab; nach einem weiteren Jahr war Pat. vollkommen erblindet.

Bei der Aufnahme ausgesprochene Tabes: Atactischer Gang, keine Sehnenreflexe. Seinsbilität in toto herabgesetzt. Allgemeines Kältegefühl, besonders im linken Bein. Kaum bemerkbare Incoordination in den Armen. Hier und da gastrische Störungen, Blasenstörungen.

Pat. ist äusserst reizbar. Sie klagt über Schlaflosigkeit und schreckhafte Träume, Alpdrücken. Vor der Erblindung war Pat. geistig vollkommen normal. Nach dem Verlust des Sehvermögens nahmen die atactischen Symptome zu. Pat. wurde trübsinnig, besorgt um ihre Gesundheit, glaubte alle Krankheiten zu haben. Sie hat sonderbare Sensationen: sie vermeidet jegliche Bewegung, weil sie ein Wasserkissen in der Seite habe. Die geistigen Fähigkeiten haben entschieden gelitten.

Die Hypochondrie ist also erst aufgetreten nach der Erblindung. Mit dem Fortschreiten beider Processe kommt es zur geistigen Apathie. Gruet macht an dieser Stelle darauf aufmerksam, dass derartige stuporöse Zustände häufiger eintreten nach lang anhaltender Behandlung mit Opium und seinen Derivaten; man dürfe alsdann die geistige Schwäche nicht nur auf Rechnung der fortgeschrittenen Psychose setzen. Diese Pat. ist niemals mit Opium etc. behandelt worden.

Fall 7. Moeli. Charité Annalen. VI. Jahrgang. Beob. 7.

49jähriger Mann. Seit 2 Jahren Reissen in den Gliedern.

Vor einem Monate: Aufregung, Hallucinationen, unsicherer Gang.

Anaesthesie der Beine. Mangelhafte Potenz, Blasenstörungen. Sprache vibrirend. Myosis. Opticusatrophie.

Anfänglich scheinbare Hallucinationen. Hypochondrie. Mässige Dementia.

Tentamen suicidii. Keine Angaben über Heredität oder Lues.

Fall 8. Topinard loc. cit. Obs. 230. Eintritt 13. Jan. 1862.

D. Eugène. 42 Jahre alt. Mutter sehr nervös. Er selbst sehr leicht erzürnt; er weint wegen der geringsten Kleinigkeit. In der Jugend Nasenbluten; niemals Migräne oder Haemorrhiden. Zweimal Ulcerationen am Penis. Mit 20 Jahren wieder ein venerisches Ulcus am Penis, aber keine secundären Symptome. Nie in Alkohol excedirt. Nie onanirt. 1854. 17 Tage lang plötzliche Schmerzen in den Gliedern, besonders links und eine Hyperalgesie der Haut, selbst auf leichten Druck sehr schmerzhaft. Beginn der Tabes 1857 also 5 Jahre vor Eintritt des Pat. Er bemerkte damals leichte Ermüdung des rechten Fusses. Es traten auf: Ameisenkriechen in den Zehen des rechten Fusses. An den Fingern bemerkte er Unsicherheit der Bewegungen. Die Beschwerden wurden häufiger. Die Glieder magerten ab; vorübergehende Urinbeschwerden. 1860 Eintritt ins Spital wegen einer chronischen schmerzhaften Urticaria. Die Behandlung verschlimmerte sein Leiden. Die Schwäche nahm zu; ebenso Schlaflosigheit; die Schmerzen wurden häufiger und intensiver. 1861 linkes Auge gelähmt.

Status vom 8. Jan. 1863.

Mittlere Grösse, abgemagert; die Gesichtszüge von Schmerz entstellt.

Pat. macht einen nervösen und hypochondrischen Eindruck. Gedächtnissschwäche, Sprache behindert; Zunge zittert beim Herausstrecken.

Blick sehr gut. Links Thränenträufeln. Geruch, Geschmack, Gehör intact. Schlaflosigkeit. Gewöhnlich: Träumereien. Seit 2 Jahren bedenkliche Spermatorrhoe. Keine Urin- und Stuhlbeschwerden. Keine Kopfschmerzen.

Rückenschmerzen bei Witterungswechsel. Pat. ist alsdann sehr irritirt und unzufrieden. Der Rücken ist auf Druck sehr schmerzhaft.

Der Schmerz auf Bauch und Brust irradiirend. Seit 5 Jahren leidet Pat. zur Nachtzeit an lancinirenden Schmerzen in allen Extremitäten; diese Schmerzen geben häufig Anlass zu Schlaflosigkeit. Herzklopfen. Keine Geräusche. Puls regelmässig. 80. Keine Tuberculose. Sensibilitätsstörungen in den unteren Extremitäten und im linken Arm. Leichte Berührungen, Kitzeln, werden nicht empfunden. Ueberall schwache Musculatur, besonders am linken Arm und am linken Oberschenkel. Vorübergehende schmerzlose Contraeturen der grossen Zehe. Atactischer Gang. Umfallen bei Schluss der Augen. Behandlung mit Arg. nitr.

22. Jan. Palpitationen, an denen Pat. litt (schon seit 3 Jahren) haben nachgelassen. Gang gebessert.

8. Mai. Gang besser; selbst einige Schritte möglich bei geschlossenen Augen. Keine Urinbeschwerden. Nächtliche Erectionen mit Polutionen. Sonst Status idem. Gedächtnissschwäche nimmt zu. Muskeln haben abgenommen, besonders Thenar und Hypo-

thenar, Vorderarmmuskeln; Rückenschmerzen und Kopfschmerzen sind nicht vorhanden.

2. Juli. Besserung des Ganges. Atrophien schreiten fort. Schmerzen haben nachgelassen. Sensibilität ebenfalls gebessert; er fühlt sogar den Boden wieder unter den Füssen. Es stellt sich der Fussschweiss wieder ein.

23. November. Ein der Hysterie ähnlicher Anfall. Gesichtserysipel mit Delirium. Incontinenz und Retention. Die Schwäche in den Armen nimmt zu. Die Atrophie greift auch auf den rechten Arm über. Die Sensibilität wird wieder herabgesetzt. Die atactischen Bewegungen der Arme nehmen zu. Gang sehr erschwert bei geschlossenen Augen.

Pat. ist immer noch in der gereizten Stimmung. Sein Kopf nach links geneigt. Das Allgemeinbefinden ein schlechtes; die geistigen Fähigkeiten haben entschieden gelitten.

Fall 9. Moeli. loc. cit. Nr. 2.

34jähriger Mann. Keine Heredität. Keine Syphilis. Seit 6 Jahren Schmerzen. Tabes ausgesprochen. Opticusatrophie.

Seit Neujahr 1880 ängstliches deprimirtes Wesen; er antwortet auf Fragen nicht; lässt sich nur schwer zum Essen bestimmen. Jetzt Gesichtshallucinationen. Er glaubt, seine Schwester sei im Gefängniss und wundert sich, dass dieselbe ihn besuchen darf. Nach einigen Wochen Nachlass der Erscheinungen. Pat. ist immer noch ängstlich und zurückhaltend.

Fall 10. Rougier. Essai sur la lypémanie et le délire de persécution chez les tabétiques. Paris. 1881. Obs. 1.

Frau von 62 Jahren. Ataxie locomotrice progressive seit 22 Jahren. Im 19. Jahr Lues. 6mal todtfaule Kinder geboren. Mit 40 Jahren plötzliche Schmerzen in allen Extremitäten, 3—4 Monate dauernd, hiernach besonders im linken Arm sich localisirend. Nach einem Jahr atrophirte der linke Arm und die Gelenke wurden ankylotisch. Die Schmerzen schwanden, die Finger waren deformirt.

2 Jahre später: heftige Kopfschmerzen; Fieber für 4 Monate. Pat. delirirte während dieser Zeit fortwährend. Im 56. Jahre bekam sie heftige Orbitalschmerzen, mit bald eintretender Amaurose des linken Auges.

Die Schmerzen schwanden hiermit. Es traten Gürtelschmerzen auf; Gang wurde erschwert, zitternd, atactisch. Nach Verlauf eines Jahres Gang unmöglich. Ausgesprochene Tabes. Pat. wurde ins Spital aufgenommen, wo sie $2^1/_2$ Jahre verblieb. Auch wurde der rechte Arm atactisch.

Beim Blick auf die Erde sieht sie schwarze wirbelnde Flecke in der Grösse eines Fünffrank-

stückes. Als Pat. auf dem linken Auge erblindete, hatte sie auf demselben Lichtempfindungen. Brillantfeuerwerk; aber niemals hat sie Gestalten oder dergleichen gesehen. Seit 8 Jahren ist Pat. schwerhörig. Sie hat Dröhnen vor den Ohren und zuweilen glaubt sie den schrillen Pfiff einer Locomotive zu hören. Pat. hat Geschmackshallucinationen.

Faulen Geschmack im Munde, ohne dass aber die schlecht schmeckenden Speisen auch einen schlechten Geruch hätten. Die Speisen haben einen Faecalgeschmack; einige schmecken nach faulen Eiern. Sie kann aber durch den Geruch ihren Irrthum corrigiren. Sie hat keine Verfolgungsideen. Sie vergleicht ihre Schmerzen in den Extremitäten und in der Lendengegend mit Axthieben und Brennen.

Die dienende Schwester sagt, dass Pat. schon lange Zeit traurig melancholisch ist; leicht weint. Pat. hat mehrmals anderes Essen verlangt. Pat. verkehrt nie mit ihren Nachbaren. Sie weint oft über ihre Schmerzen.

Pat. ist seit einigen Tagen an einer Pneumonie erkrankt; sie stirbt. Leider keine Gehirnsection. Rückenmark: Graue Degeneration der Hinterstränge.

Die sensiblen Störungen haben einen entschiedenen Einfluss auf den Charakter der Pat. gehabt; man kann sie sogar anschuldigen, dass sie directe Ursache der Psychose wären. Das früher vorübergehende Delirium ist, wenn auch nur sehr oberflächlich mitgetheilt, dennoch in sofern interessant, als es anzeigen könnte, dass die Spinalaffection auf das Cerebrum übergegriffen hat. (Rougier.) Die Klagen der Pat. in der sensitiven Sphäre dürften vielleicht auf vasomotorische Störungen zurückzuführen sein.

II. Manie.

Fall 11. Eisenmann. Bewegungsataxie. Wien 1863. Beob. 39.

40jähriger Stabsoffizier mit scrophulöser Diathese. In den Kriegsjahren viele Strapazen. Er acquirirte Syphilis. Pat. machte mehrmals Mercurialcuren durch. Pat. hatte viele Gemüthsbewegungen, Geistesanstrengung, Nachtwachen und beschwerliche Reisen überstanden. Er hatte sich mehrmals sehr starken Erkältungen ausgesetzt. 1819. Heftige rheumatische Schmerzen in den Beinen und Gefühl von Schauern längs des Rückens; hierzu gesellte sich Angina mit Lichtscheu. Bald nachher bemerkte Pat. Prickeln in den Fingern und Abnahme des Tastsinnes; auch litt er an Verdauungsstörungen, Krampfhusten und Brustbeklemmung. 1820. Lähmungsartige Schwäche in den Armen und im linken Bein; durch eine Badecur gebessert. 1821. Gewisser Grad von Lähmung der linken Seite. Gefühl von Druck in der linken Brust

und Schwäche in den Knieen. Mangelndes Gleichgewicht des Körpers, unregelmässiger Stuhl; Gefühl von Druck im After. Krampfhusten. 1822. Das Druckgefühl im After hat sich gesteigert. Entleerung der Blase beschwerlich. Die Abnahme des Tastsinnes fortgeschritten. Schreiben kaum mehr möglich; Stuhlgang sehr beschwerlich. Zunahme der paralythischen Beschwerden. Schwankender, atactischer Gang. Amblyopie. Pat. vermag nicht mehr zu lesen. 1824. Tastgefühl ganz geschwunden. Zuweilen heftige Neuralgien. 1825. Bedeutende Steigerung der Rücken- und der linksseitigen Brustschmerzen. 1826. Zuweilen Schwindelanfälle; freiwilliges Erbrechen. Koliken. Nervenzuckungen. Pat. erblindet vollkommen, beiderseits Opticusatrophie; er ist lahm und halb betäubt.

1827. Lähmungsartige Schwäche der Zunge. Visionen, Exaltationen; ungewöhnliche Reizbarkeit, endlich vollkommene Raserei. Lähmung der Sphincteren. Im April vorübergehende Besserung; laute ungehinderte Sprache; geregelter Stuhlgang. Bald aber wurde der Zustand schlimmer denn je. Blödsinn und Tobsucht wechselten einige Jahre mit einander ab.

Die Glieder wurden vollkommen gelähmt und 1831 nach 13jähriger Dauer des Leidens erfolgte der Tod, in Folge einer intercurrenten Pneumonie.

Section: Hirnhäute blutreich. Wasser zwischen denselben. Gehirn blutreich. Die Hirnsubstanz bräunlich. Zirbeldrüse gross und fest. Die Wurzeln des Chiasma und der vordere Theil des Sehnerven sehr geschwunden, auffallend röthlich grau. Seh- und Vierhügel normal. Im Innern des Sehhügels bräunliche Färbung.

Rückenmark: Graue Degeneration der Hinterstränge. Oberer Theil bis zum sechsten Rückenwirbel normal; ebenso in der Gegend der Lendenwirbelsäule.

Nach der vollkommenen Erblindung kommt es auch bei diesem Pat. zum Ausbruch der Psychose. Bemerkenswerth ist, dass vorzugsweise die linke Körperseite von den Schmerzen und den atactischen Störungen befallen war. Die Section gibt uns sehr interessante und befriedigende Aufschlüsse über die Erblindung; zugleich zeigt uns dieselbe aber, dass der Process nicht nur auf den nervus opticus beschränkt blieb, sondern dass auch ein Uebergreifen auf das Cerebrum selbst sattgefunden hat. Pat. litt längere Zeit an Kehlkopf und Mastdarmkrisen. Keine Angabe über Heredität.

Fall 12. Tigges loco cit. Beob. 1.

49jährige Frau. Grosse Erblichkeit.

Vor 22 Jahren Anfall von Gemüthskrankheit.

Vor 15 Jahren ein Schlaganfall, der die Sprache beeinflusste.

Jetzt zweijährige Depression, welcher eine achtwöchentliche Manie voraufging. Dann wieder 2½ Monate Manie. Niemals Schwachsinn.

Von Anfang der Geistesstörung an Sensationen in Armen und Beinen, allmählig sich ausbildende Tabes hauptsächlich rechts. Rombergsche Phaenomen vorhanden. Die rechte Schulter steht tiefer als die linke. Der Kopf nach links geneigt. Rohe Kraft erhalten. Mangel

der Coordination in Armen und Beinen. Verlangsamte Leitung. Berührungsgefühl und Localisation auf dem ganzen Körper aufgehoben. Muskelsinn herabgesetzt besonders rechts. Auch Temperatur und Geschmackssinn. Die Muskelcontractionen erreichten einen höhern Grad.

Dem $2^1/_2$ Monate lang dauernden maniakalischen Zustand, in welchem Pat. nutzlose Einkäufe machte, viel redete und alles zertrümmerte, folgte eine Reihe von Monaten, in der Pat. ruhiger wurde; nachher nahm die Aufregung wieder zu, milderte sich aber unter Schwankungen vom April 1870 an und nahm vom Aug. an wieder zu.

7. Oct. 1870. Pat. klagt immer noch über mancherlei Sensationen. Sensibilität nicht merklich herabgesetzt. Im Jan. 1871. Schmerzen in den Schläfen, in der Seitenwand und Hinterhauptsgegend; später in den Extremitäten, auf der Scheitelhöhe, im Rücken. Auf Druck keine Empfindlichkeit. Hier und da Herzklopfen.

Dieser psychische Zustand dauerte bis März 1871, wo man das Hinzutreten von geringem Schwachsinn constatiren konnte. 17. April 1871 Aufhören der nahezu 2 Jahre mit geringen Schwankungen bestandenen Manie. Pat. erkrankte an einem Erysipel in der Umgegend einer sehr entzündeten Vaccinepustel und wurde sehr deprimirt. Pat. ass in den ersten Tagen fast gar nichts, sprach nur wenig und klagte über Müdigkeit in den Gliedern.

Hyperaesthesien auf der rechten Körperhälfte noch intensiver wie früher. Besserung der Schmerzen und des schleifenden Ganges.

31. Mai. Nach überstandener Zellengewebsentzündung in der Nackengegend wurde Pat. noch deprimirter. Klagen über Müdigkeit. Schwanken bei geschlossenen Augen hatte zugenommen. 4. Aug. Diesem Zustand von Depression folgte anhaltende grössere Lebhaftigkeit. Melancholische Ideen werden nur wenig oder gar nicht geäussert. Hier und da Klagen über Schmerzen in der rechten Körperhälfte.

Ein Einfluss der Sensationen auf die Psychose äusserte sich nicht in bestimmter Weise, obwohl eine gewisse Abhängigkeit nicht geleugnet werden kann. Die im Jahre 1871 aufgezeichneten Notizen würden die Annahme nicht als unwahrscheinlich erscheinen lassen, dass der Process aufs Cerebrum übergegriffen hat. Die Tabes war hier hauptsächlich rechts etablirt; auf die geringere Innervation der rechten Körperhälfte sind auch zu beziehen: der niedere Stand der rechten Schulter, die Neigung des Kopfes nach links etc. Die sensiblen Störungen wurden durch die electrische Behandlung gebessert, während die Therapie auf die Psychose absolut ohne Einwirkung blieb, vielleicht ein Zeichen dafür, dass beide Processe ganz unabhängig von einander verlaufen. Wir dürfen diesen Fall auffassen als circuläres Irresein. Noch eclatanter ist der folgende Fall.

Fall 13. F. Müller. Centralblatt für Nervenkrankheiten. Nr. 4. 1880.

Graf O. 56 Jahre. Heredität in der Familie. Vater melancholisch. Schwester hysterisch. Bruder leicht reizbar. Im 16. Jahr zuerst trübe Gedanken, die sich bis zum 20. Jahre mehrmals wiederholten. Mit 33 Jahren eine Abducenslähmung. Mit 42 Jahren nach dem Kriege 1866 nach grossen Strapazen Diplopie und rheumatoide Schmerzen in den unteren Extremitäten. Später Unsicherheit des Gehens, besonders im Dunkeln. Störungen der Locomotion. Diese Beschwerden nehmen langsam aber stetig zu. Mit 46 Jahren Dysurie und Abnahme der Potenz.

Herbst 1870 wurde Pat. ohne Ursache niedergeschlagen, in sich gekehrt, einsilbig, von beständiger Sorge um seine Familie geplagt, empfing keine Besuche, lag Tage lang zu Bett. Der Conversation folgte er ohne jedes Interesse. Esslust verringert. Die Speisen mussten ihm vorgegeben werden. Körpernährung nahm ab. Dieser Gemüthszustand bis zum Frühjahr 1871. Alsdann plötzliche Genesung: Pat. erwacht eines Morgens froh und vergnügt, geht auf die Promenade, macht unermüdlich Besuche, entwirft unzählige Projecte und Reisepläne; dann wieder das melancholische Stadium für mehrere Monate. Hierauf ebenso plötzlich „die sehr gesunde Zeit.“ Diese Perioden wechselten in der Dauer von Wochen und Monaten. Im Jahr 1878 Schwermuth von Ende August bis März 1879. Am 1. April 1879 wieder die sehr gesunde Zeit.

Im Mai 1879: Vollkommen ausgebildete Tabes. Schleudernder Gang; Romberg's Phaenomen; Sensibilitätsabstumpfung an beiden Füssen; mangelhaftes Bewusstsein der Lage und der passiven Bewegungen der Beine. Fehlen des Patellarreflexes. Spinale Myosis. Dysurie. Schmerzen in den Beinen fehlen.

Pat. befindet sich jetzt wieder in dem exaltirten Stadium: er will eine Villa bauen, eine Schnitzschule errichten, obwohl er in bescheidenen Lebensverhältnissen ist. Intelligenz intact. Gedächtniss prompt reagirend. Keine Sprachstörungen. Am 12. August 1879. Pat. ist abgespannt. Schlechter oder kein Schlaf. Pat. deprimirt, er macht sich Vorwürfe; er ist lypemanisch, abulisch, ohne Esslust. Tentamen suicidii. Nur selten Tage der Besserung, meist abendlich. Morgens Depression. Nie Wahnideen oder Hallucinationen.

Die psychische Störung ist in einem schon vorgeschrittenen Stadium der Tabes aufgetreten. Pat. ist aus einer sehr belasteten Familie; die Tabes hat sicherlich praedisponirend bei der Psychose mitgewirkt.

III. Primäre Verrücktheit.

Fall 14. Rougier loc. cit. Obs. 2.

Mann von 57 Jahren. Keine Heredität. Schanker. Ataxie locomotrice progressive seit 18—20 Jahren. Incoordinirte Bewegungen. Heftige Schmerzen in den Beinen und in der Wirbelsäule. Füsse und Kniegelenke waren geschwollen; die letztern krachen oft.

1869. Gesichts- und Gehörshallucinationen. Uriniren erschwert. Constante Kopfschmerzen. Nach $1^1/_2$ Jahren charakteristische Geistesstörung. Pat. begann sich zu fürchten, misstraute seinen Mitkranken, hatte Furcht entführt, gebrannt zu werden; er glaubt, man schmiede Komplotte gegen ihn, man verleumde ihn in den Zeitungen. Sprache schwerfällig. Vollständige Amnesie; dagegen hört Pat. wieder, nachdem er eine Zeit lang vollkommen taub war. Pat. glaubt weisse Wolken am Fussende seines Bettes zu sehen, welche die Gestalt eines Betttuches annehmen; diese Erscheinung trat öfters auf; zweimal als grosses Phantom und zwar so deutlich, dass Pat. aufstand, um sich von seinem Irrthum zu überzeugen. Das Phantom bekam auch ein menschliches Gesicht. $1^1/_2$ Jahre wurde Pat. von diesen Gesichtshallucinationen geplagt. Dann traten Gehörshallucinationen auf. Dröhnen vor den Ohren; er glaubte Heuschrecken sängen in seinem Kopf; er vernahm Glockengeläute. Diese Gehörshallucinationen traten auch mit den Gesichtshallucinationen auf. Das Phantom sprach auch einige Male zu ihm. Nach 15 Monaten trat Geistesschwäche auf; Pat. wurde traurig, blieb beständig zu Bett und bekam wieder dieselben Furchtvorstellungen wie 1869. Seit 3 Monaten leidet Pat. an Verfolgungswahn; er glaubt, man wolle ihn vergiften und verweigert desshalb Speise und Trank. Es traten auch Geruchshallucinationen hinzu. Das Ameisenkriechen in den Händen führt er darauf zurück, dass sein

Nachbar ihn mit Nadeln steche. Seit 8 Tagen sieht er seinen Nachbar am Ende seines Bettes stehen; derselbe verhöhnt ihn. Gestern habe er sogar Weiber an einem Bette vorbeigeführt, welche geköpft werden sollten. Pat. wird jetzt ruhiger; er ist aber schwachsinnig.

Die Lippen zittern; Pat. vermeidet auszuspeien. Pupillen eckig. Hintere Synechien.

Hier finden die durch das Rückenmarksleiden gesetzten sensiblen Störungen eine entsprechende Umdeutung und Verwerthung in dem Delirium: er glaubt, seine Nachbarn stechen ihn. Vielleicht dürfte die Iritis syphilitica bei den Gesichtshallucinationen eine Rolle gespielt haben. Diese falsche Perception seiner Leiden, welche der Pat. nicht zu corrigiren vermag, führen zum Verfolgungswahn.

Fall 15. Rougier loc. cit. Obs. 3.

50jährige Frau.

Sie trat 1876 in ihrem 44. Jahr wegen Gehörs- und Gesichtshallucinationen ins Spital.

Die Tabes begann mit 40 Jahren.

29. Nov. 1873. Gehörshallucinationen und Verfolgungswahn. Pat. glaubt verheirathet zu sein, ihre Feinde haben ihren Mann entfernt.

Pat. ist vollkommen erblindet. Beiderseits Sehnervenatrophie.

In diesem psychischen Zustande verblieb Pat. bis Februar 1879. Pat. gibt jetzt an, sie sei die Tochter eines Arztes; sie gibt den Tag ihrer Verheirathung, die Namen ihrer Zeugen, den Stand ihres Mannes genau an. Pat. ist bald fröhlich und lustig; oft moquant in der Unterhaltung, dann wieder traurig und Verfolgungsideen äussernd.

Tabes noch nicht ganz sicher. Pat. ist amaurotisch, hat Gürtelschmerzen und einige Sensibilitätsstörungen im linken Bein.

Ihre Verfolgungsideen gründen sich auf bizarre Gehörs-, Geruchs-, Geschmacks- und Gesichtsempfindungen, mit diesen kommend und auch verschwindend.

Seit einigen Tagen crises oesophigiennes, gastriques, intestinales et anales.

Sie glaubt mit Oel vergiftet zu sein, welches ihren Intestinaltractus vom Mund bis zum After verbrenne.

Patellarreflex fehlt nur links.

Gesichtshallucinationen: Man stosse ihr einen Hammer in die Augen; man streue ihr Kupfer, Arsenik, Asche, Erde in die Augen; sie sieht röthliche Flammen, Blitze, Feuer, grosse Blutlachen, in welches man einen schwarzen Hammer hinein-

werfe; sie sieht schwarze Vögel, welche um ihr Bett herumfliegen. Gehörshallucinationen: sie hört trommeln; sie hört Vögel, welche die ganze Nacht hindurch an ihrem Bette singen; ferner Reden zotigen Inhaltes. Geschmackshallucinationen: Pat. glaubt vergiftet zu sein; die Schwester werfe ihr Zündholzköpfchen in die Suppe. Geruchshallucinationen. Allgemeine Sensibilitätsstörungen. Ihre Mitkranken stechen sie mit Nadeln. Crises viscérales. Pat. hat furchtbare Orbitalschmerzen; sie beschmiert desshalb ihre Augen mit Koth, um den Hammer zu entfernen und um die Schmerzen zu lindern.

Die Sensationen intermittiren zeitweise und mit ihnen auch gleichmässig das Delirium. Mit dem Delirium verschwindet auch die traurige Stimmung. Die Intermissionen sind freilich selten. Es ist dies ein Fall von Tabes ohne Incordinationsstörungen; dennoch kann die Diagnose aus den andern bestehenden Störungen nicht zweifelhaft sein. Rougier nimmt an, dass der Beginn der Tabes zurückdatirt werden müsse bis zu dem Eintritt der Sehstörungen.

Fall 16. Rey. Annales médicopsychologiques 1875. 5te Serie. XIV. Observation VI.

43jähriger Mann. Eintritt am 3. Novbr. 1874. Vater litt an Schwindelanfällen. Starb an Suicidium. Schwester starb an einer Hirncongestion. Pat. acquirirte mit 25 Jahren Syphilis. Er litt damals viel an Kopfschmerzen. Vom 7. Jahr an hat er stark onanirt. Mit 30 Jahren begannen die atactischen Störungen. Lancinirende Schmerzen ausstrahlend vom Rücken bis in die Oberschenkel. Ameisenkriechen in den Füssen und in der rechten Hohlhand. Es traten auch Sehstörungen ein: die Buchstaben verschwammen beim Lesen. Diplopie. Beginnende Impotenz. Schmerzen beim Coitus. Der Schlaf wurde oft durch die Schmerzen gestört.

1874 wurde er gequält von Veruntreuungsideen. Zweimal Selbstmordversuche.

Die Schmerzen sind sehr heftig. Krämpfe und Ameisenkriechen beständig in Händen und Füssen; besonders starke Schmerzen in den Augenhöhlen. Druck auf die Rückenwirbel schmerzhaft. Bei längerem Fixiren: Doppelsehen; die Gegenstände nehmen phantastische Formen an oder ändern ihre Farbe. Er sieht schwarze Flecke, Schmetterlinge in der Luft. Pupillen ungleich. Links leichter Grad von Ptosis. Papillen etwas blass, von ungleichmässiger Gestalt, Motilitätsstörungen nicht sehr ausgeprägt, obwohl deutlich, besonders bei Augenschluss. Sensibilität an den unteren Extremitäten stark herabgesetzt.

Plötzlich sagt Pat., er sei zu grossen Verbrechen fähig; er sei im Gefängniss: er hält seine Mitkranke für Spione; er glaubt, man wolle durch das Thermometer seine Gedanken errathen; man beschuldigt ihn, den Kaiser von Russland er-

mordet zu haben; man nennt ihn Prussien. Pat. leidet an Schlaflosigkeit, sieht um sein Bett schwarze Gestalten, welche sich verwandeln; er sieht auch Thiere; hört Geräusche und oft ruft man ihn bei Namen.

Am 23. Novbr. beklagt Pat. sich über Hinterkopfschmerzen; er leidet an Schwindelanfällen. Das Dröhnen vor den Ohren dauert fort. Pat. hat Erectionen mit Samenfluss. 9. Dec. Panaritium des Daumens. 10. Dec. Pat. ist fortwährend constipirt. Die Speisen haben einen narcotischen Beigeschmak. Die Cigarren seien schlecht. Starker Essig schmeckt ihm wie Weisswein. 14. Dec. Das Dröhnen vor den Ohren hat nachgelassen. Keine Hallucinationen mehr. Auch die Augenstörungen sind geringer; ebenso die Ataxie; kurz, mit der psychischen Besserung ist eine allgemeine Besserung eingetreten.

Das Delirium bricht aus zu einer Zeit, wo die Rückenmarkserkrankung exacerbirte; das Delirium schwand auch wieder, als die Schmerzen hervorgerufen durch die Spinalaffection im Nachlass begriffen waren. Die Gesichts-, Geruchs-, Geschmacks- und Gehörs-Sensationen werden im Delirium verwerthet. Wenn man die am 23. Nov. mitgetheilten Symptome als Uebergreifen des Processes auf's Gehirn auffassen wollte, so müsste man gestehen, dass eine Modification der Delirien keineswegs hierdurch hervorgerufen wurde.

Fall 17. Rougier loc. cit. Obs. 9.

Mann von 50 Jahren. Keine Lues. Keine Heredität. Keine Excesse in venere. Im 11 Jahre angeblich 2 Monate Bewusstlosigkeit. Im 20. Jahr litt Pat. häufig an Krämpfen in den Muskeln der Beine, verbunden mit lancinirenden Schmerzen. 1865 fühlte Pat. den Boden nicht mehr unter seinen Füssen; mit seinem rechten Fuss glaubte er auf Wolle zu gehen. Schmerzen im Kniegelenk. Auch damals schon Gürtelschmerz. Gang unsicher; nur möglich mit offenen Augen. Schon im August 1874 Sehstörungen. Amblyopie. Diplopie. Nie Farbenblindheit, wohl aber mouches volantes. Heftige Rectalschmerzen. Seit 2 Jahren: Urinbeschwerden, reichliche Pollutionen ohne Erectionen. Gehör etwas schlechter wie vor der Krankheit. Sensibilität jetzt herabgesetzt. Gang total atactisch. Keine cerebralen Erscheinungen; kein Muskelsinn. Der Kranke verliert seine Beine im Bett. Rohe Kraft erhalten.

Am 2. Oct. 1870 kam Pat. ins Spital mit Hallucinationen, sein Bruder werde von Mördern angegriffen, er selbst sei das Opfer von Räubern; er schreit die ganze Nacht und rast; er will seine Frau erdolchen. Pat. ist erblindet; er sieht Funken, Sterne, grüne, gelbe und rothe Flecke. Auch hat er Dröhnen vor den Ohren; er sagt, ein Arzt prüfe alle seine Sensationen; man schwäche sein Gesicht; man lässt ihn verschiedene Farben sehen. Man führe Nachts Feuerbrände vor seinen Augen vorbei; man lässt ihn an seinen Excrementen riechen. In den Speisen sei Schwefelsäure, Rauch.

Nachts stechen ihn seine Kameraden mit Messern. Auch Grössenideen sind vorhanden. Entl. am 15. Dec.

7. Dec. 1880. Oberschenkelbruch.

Febr. 1881. Pat. vollkommen erblindet. Ausgesprochene Tabes. Ataxie aller Extremitäten. Sensibilität herabgesetzt. Die blitzartigen Schmerzen heftiger denn je. Verfolgungsdelirium.

Juli 1881. Sehr heftige crises gastriques.

Gedächtnissschwäche war in den Intermissionen nicht zu constatiren. 11. Juni 1882. Pat. leidet wieder an Verfolgungswahn. Er werde von der Electricität verfolgt; man verursache ihm Schmerzen. Keine Klagen über persönliche Feinde. Pat. wird dann ruhiger und erzählt: er habe während seiner Krankheit gesehen: Farbenerscheinungen der verschiedensten Art in der verschiedensten Gestalt, auch Wandlungen von Farben; er habe gesehen, dass man seinen Bruder ermordete; er ist mehrmals vergiftet worden; aber jetzt kennt er die Gifte genau am Geschmack. Arsenik schmeckt nach gesalzenem Oel; Kupfer nach Metall. Man bediene sich bald des Rauches, der Schwefelsäure, des Chlorals, des Kanonenpulvers mit Dynamit gemischt. Man lässt ihn am Abflusswasser riechen, am Urin von Kühen, am Vogelmist etc. Einige Male Dröhnen vor den Ohren; aber er hört keine Beleidigungen; er hat mehrmals die Stimme seines Bruders erkannt, der von Mördern getödtet würde.

Mit der Erblindung bricht das Delirium aus. Die Betheiligung von Seiten der Gehirnnerven geben sich zu erkennen in Störungen des Gesichtes, des Gehörs, des Geruchs und des Geschmackes. Grössenwahn war nur sehr vorübergehend vorhanden. Gedächtniss intact. Sprache schnell. Die Worte werden gut articulirt.

Fall 18. Moeli. loc. cit. Beob. 1.

43jährige Frau. Keine Heredität. Keine Syphilis. Feuchte Wohnung. Seit 3 Jahren Paraesthesien und anfallsweise auftretende ziehende Schmerzen. Seit $^1/_4$ Jahr können weite Wege nicht mehr zurückgelegt werden. Vor 5 Jahren trat plötzlich Strabismus auf dem rechten Auge ein; nachdem derselbe längere Zeit bestanden hatte, unterzog sich Pat. einer Schieloperation. Herabsetzung der Hautsensibilität und des Gefühls der Stellung der Glieder beiderseits. Bei Augenschluss starkes Schwanken. Rohe Kraft nur etwas geringer. Keine Kniephaenomene. Die Beweglichkeit des rechten Auges nach aussen ist beschränkt; das linke obere Augenlid hebt sich weniger als das rechte. Doppelseitige hochgradige Myosis.

Pat. behauptet, dass ihre Nachbarn gegen sie eingenommen seien; sie hat oft boshafte Bemer-

kungen über sich gehört und hat desshalb Streit bekommen. Ihr Mann hat sie schon seit Wochen für verrückt gehalten, weil sie Gesichtshallucinationen äusserte. Auf der Abtheilung ist Pat. sehr reizbar, zu Zornausbrüchen geneigt; sie antwortet oft laut in der Nacht, weil sie glaubt, man spreche mit ihr. Eines Tages verlangt sie plötzlich ihre Entlassung, weil sie bestimmt auf dem Corridor die Stimme ihres Mannes erkannt habe, der sie abholen wolle.

Nach Verlauf von mehreren Monaten treten diese Erscheinungen mehr und mehr zurück. Pat. wird entlassen.

Fall 19. Moeli. loc. cit. Beob. 3.

34jährige Frau. Keine Heredität. Syphilis fraglich. Seit längerer Zeit Ziehen und Schwäche in den Beinen. Parese des linken Abducens. Wiederholt auf der Abtheilung; als Gravida zum zweitenmal.

Pat. klagt über schlechte Behandlung, schreibt viele Briefe an verschiedene Personen, welche sie unterstützen sollen. Sie hat zuweilen Gesichtshallucinationen und wird schliesslich verworren, zieht die Wäsche von den Betten und muss, da sie die Mitkranke fortwährend durch Schimpfen und unbegründete Beschuldigungen beunruhigt, zur Irrenabtheilung verlegt werden. Nach der Entbindung noch 7 Monate in Beobachtung. Während die psychischen Erscheinungen ganz zurücktreten, nehmen die Symptome des Rückenmarkleidens zu. Wird entlassen.

Nach mehreren Monaten zum 3. Mal in die Nervenabtheilung aufgenommen. Von neuem Parese des linken Abducens; Analgesie und Verminderung der Tastempfindung im Gebiete des Trigeminus; erhebliche Ataxie beider Beine. Aufhebung des Gefühls von der Lage der Beine. Vorübergehende Pleuritis.

Seit 7 Monaten wird Pat. stiller, antwortet nicht auf Fragen und lässt unter sich; sie behauptet, nicht schlucken zu können.

Auch an den obern Extremitäten deutliche Ataxie. Wegen des Gefühls von Erschwerung beim Schlingen Abneigung gegen Nahrungsaufnahme.

Monate lang ist Pat. deprimirt, dazwischen aber wieder lebhaft, betheiligt sich am Gespräche, singt aus dem Gesangbuche, will dann wieder begraben werden, steckt sich ungeniessbare Dinge in den Mund.

Wiederholtes Erbrechen. Deutliche Abnahme des Sehvermögens. Atrophie der Papille nachweisbar.

Nach fast zweijährigem Aufenthalt auf der Nervenabtheilung muss Pat., da sie wieder ganz verwirrt ist und massenhaft hallucinirt und nicht mehr im Bette zu halten ist, auf die psychiatrische Klinik verlegt werden. Dort gibt sie an, sie sei aufgestanden, weil der heilige Geist und vier Engel sie gestärkt hätten. Fortdauer der Hallucinationen des Gesichts wie des Gehörs.

Fall 20. Topinard. loc. cit. Obs. 203.

Frau von 59 Jahren, geb. 1803. Am 20. Nov. 1848 doppelseitige Erblindung. Geistige Fähigkeiten und Gedächtniss gut erhalten. Keine Heredität. Schlechte Ernährungsverhältnisse. Mit 34 Jahren begannen die Schmerzen im Rücken. Mit 39 Jahren vollkommen ausgebildete Tabes. In ihrem 39. Jahre begannen auch die Augenstörungen; sie konnte die Nadel nicht mehr einfädeln, hatte beim Bücken mouches volantes, sah farbige Funken etc. Sprache etwas erschwert. Sensibilität an den Beinen verringert. Einmal vorübergehende Ptosis. In ihrem 46. Jahre erblindete sie vollständig; sie kann Tag und Nacht nicht unterscheiden. Behandlung mit Arg. nitr. erfolglos. Schmerzen in obern und untern Extremitäten. Niemals hat sie an Kopfschmerzen, Migräne, Herzklopfen oder Haemorrhoiden gelitten.

Status vom 26. Jan. 1863.

Abgemagerte Frau. Die untern Extremitäten atrophirt. Grosse Zehe flectirt.

Geistige Fähigkeiten gut erhalten. Seit 5 Monaten hat sie Anfälle von Wuth und Bosheit; sie glaubt, man wolle sie ermorden; man werfe ihr etwas in die Suppe; man zerre an ihrer Decke herum. Pupillen weit und stark. Zeitweise Wortdefecte. Zunge vollkommen beweglich. Der Geschmack abgestumpft, seit einem Jahre das Schlucken erschwert.

Pat. ist schwerhörig. Sie hat lancinirende Schmerzen in allen Körpertheilen, 24 Stunden bis 8 Tage dauernd. Muskelzuckungen in den untern Extremitäten. Der ganze Körper habe ein taubes Gefühl, weniger auf der Brust und am Kopf. Sensibilität überall herabgesetzt. Muskelgefühl alterirt. Localisation ebenfalls gestört, weniger in den oberen Extremitäten und in der Schulter. Rohe Kraft hat ebenfalls gelitten. Ataxie in allen Gliedern. Stehen und Gehen unmöglich. Sacraldecubitus. Keine Blasen- und Stuhlbeschwerden. Pat. stirbt am Decubitus.

Autopsie. Opticus atrophirt, Oculomotorius, Abducens, Trochlearis und Hyppoglossus kleiner, transparenter und grau. Microscopisch: Opticus atrophirt. Im Acusticus Corpora amylacea. In den andern Nerven nichts abnormes. Gewicht des Gehirns 1170 Gr. Dura mater cerebri gesund. Rückenmark: graue Degeneration der Hinterstränge.

Das Gefühl der Pat., dass man ihr an der Decke herumzupfe, führt Topinard auf die von Zeit zu Zeit auftretenden Muskelzuckungen zurück. Auch hier trat die Geistesstörung erst nach der Erblindung

auf; freilich erblindete Pat. 14 Jahre vor der Psychose. Die Wahnideen dieser Pat. sind aufzufassen als durch Störungen in der sensiblen Sphäre veranlasst.

Fall 21. Kirn. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. 1868.

33jähriger Mann, erblich belastet. Erscheinungen des Tabes erst während der Psychose. Strabismus internus mit Doppelsehen, dabei leichter Grad von Ptosis, welche zurückging, während der Strabismus blieb.

Verrücktheit. Vielfache Verfolgungsideen, deren Ursprung aus der krankhaften Deutung der Hyperaesthesie und Sensationen des Kranken Kirn nachweist. Der Pat. hatte schon früh Verfolgungsideen; bezog Inserate auf sich und deutete seine excentrische Schmerzen so, dass sich Wahnideen bildeten: er würde längs der Wirbelsäule electrisirt; Frauen trieben Unzucht mit ihm; er werde beständig in die Luft gehoben, geht auf fremden Füssen; es seien ihm Angeln auf den Boden gelegt. Bestätigende Autopsie. Optici intact.

Kirn kommt zu dem Schluss, dass die Qualität der psychischen Symptome sich aus der durch die Rückenmarkserkrankung bedingten Störungen der Motilität und Sensibilität erklären liesse. Die Gefühlsneurose wurde zur unmittelbaren Grundlage der Wahnvorstellungen. Die Tabes trat erst während der Psychose auf.

Fall 22. Fournier. De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique. Leçons. Paris 1882.

42jähriger Mann. Keine Heredität. 1863 Lues. 1867 Beginn der Tabes.

Abschwächung der Intelligenz. Auftreten hypochondrischer Verfolgungsideen mit nächtlichen Hallucinationen. Pat. glaubte zu stinken und sah sich desswegen verhöhnt und verfolgt. Nachts kamen seine Kameraden an sein Bett, verspotteten und zwickten ihn, Stimmen schimpften ihn Schwein und in sein Getränk wurde Absinth gegossen.

Die syphilitische Infection erfolgte 4 Jahre vor dem Auftreten der tabischen Erscheinungen.

Fall 23. Goldstein. Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychopathologie. 1883. Nr. 16.

46 Jahre alter Klavierstimmer aus London. Behandelt am 20. April 1882. Vor 12 Jahren ein Schanker. Aetzungen im Halse. Vor 5 Jahren heftige Schmerzen auf der Brust. In den letzten Jahren Zucken und Schmerzen in den Beinen. Kältegefühl und Ameisenkriechen in den Fusssohlen, sich mit der Zeit verschlimmernd. Beschwerlichwerden des Gehens.

Grosser kräftiger Mann. Beginnender Haarschwund. Schlechte Zähne. Nur gelinde Schwellung der Leistendrüsen beiderseits. Keine erbliche Belastung. Westphal und Romberg's Symptom. Geringer Grad von atactischem Gang. Sensibilitätsabstumpfung an Füssen u. Beinen, namentlich linkerseits. Geschlechtstrieb erloschen. Nachts häufiger Pollutionen ohne Erection. Rohe Kraft gut erhalten. Quälendes Gürtelgefühl. Pat. äussert mehrmals unbegründete Sorgen wegen seines Geschäftes.

Am 22. Mai 1882. Goldstein findet den Pat. im Spital mit stark geröthetem Gesicht, unstätem Blick und fliegendem Athem auf dem Sopha liegen. Pat. bekam plötzlich die Idee, die Hauswirthin und Goldstein trachteten ihm nach dem Leben, er wollte desshalb abreisen, bekam aber Angstgefühl, Hitze im Kopf und glaubte, er sei vergiftet. Auf Zureden: Beruhigung, in der Nacht Auffahren aus dem Bett mit einem Schrei: er schrie Räuber, rüttelte mit den Stühlen und rief: Höllenmaschine. Er erklärte, er habe plötzlich die Wirkung der Electricität verspürt und dann sei wieder wie am Tage zuvor der Angstzustand über ihn gekommen. Am andern Morgen weinerliche Stimmung und Abbitte. Mehrere Tage wiederholten sich dieselben Scenen. Nach kurzem Aufenthalt in einer Irrenanstalt reiste Patient nach London. Nach einem Monat dort derselbe Zustand wie in Aachen. Der körperliche Zustand der nämliche, der geistige verschlimmert. Keine Verwirrung etc., aber Pat. glaubt, man wolle ihn zu Grunde richten, vergiften; er glaubt, er sei der allgemeinen Verachtung preisgegeben; 4 Monate im deutschen Hospital, 6 Monate in einer andern Anstalt. Der geistige Zustand hat sich wesentlich gebessert, obwohl immer noch Beraubungsideen fortbestehen.

Der körperliche Zustand verschlimmert. Die excentrischen Schmerzen haben hier die Wahnidee des Electrisirtwerdens erzeugt.

Fall 24. Obersteiner. Ueber die psychischen Störungen, welche auftreten im Verlauf der Ataxie locomotrice. Wiener medicinische Wochenschrift Nr. 29 und 30. 1875.

Pharmaceut. Mutter in den letzten Jahren melancholisch. Pat. selbst war in der Jugend sehr excentrisch. Einmal suchte er sich mit Digitalis zu vergiften. Nach einer starken Erkältung im Jahre 1864 Geschwüre und Furunkel an den Beinen. 1865 Sylvesternacht wieder starke Erkältung. Er sah Alles wie durch einen Schleier; bald darauf Doppelsehen. Nicht lange nachher: Reissen in den Beinen, zunehmend

besonders rechts nach 2 neuen Erkältungen; später reissende Schmerzen besonders im Knie. 1869 Abnahme des Gefühles. Pat. konnte nur noch mit Unterstützung umhergehen. Beine wurden rasch müde. Pelziges Gefühl unter den Fusssohlen. Am rechten Auge entstehend ein Strabismus convergens. 4 Jahre lang derselbe Status.

1873. Beim Tode seiner Mutter Anfall von Tobsucht. Aufregungs- und Depressionszustände wechselten mit einander ab. Er wurde desshalb in die Klinik verbracht. 1874 verfiel Pat. von Februar bis August in Schlafsucht. Ernährung per Sonde. Blase gelähmt. Muskeln schlaff. Nur einmal setzte er sich während dieser Zeit im Bett auf, gab dem Diener eine Ohrfeige und schlief dann weiter. Er erschrack, wenn man ein Geräusch (durch Klatschen in die Hände) in der Nähe seiner Ohren hervorrief. Pat. magerte ab. Ernährung durch Eier und Leberthran. August 1874 fing Pat. wieder an von selbst zu essen, sprach einige Worte, war aber äusserst reizbar, über die geringsten Kleinigkeiten weinte er. Im September 1874 verfiel er wieder für mehrere Wochen in den schlafähnlichen Zustand, allmählig kam er wieder zu sich, sprach aber kein Wort, sondern verständigte sich durch Zeichen. Pat. war liebenswürdig. Januar 1875 sprach Pat. die ersten Worte. Allmählig kam die Sprache und die Erinnerung an den schlafähnlichen Zustand zurück. Er erzählt:

Als seine Mutter auf dem Todtenbette lag, glaubte er Schwefelsäure auf ihren Kleidern zu sehen und glaubte, sie habe sich vergiftet. Seit jener Zeit verlor er den Verstand. Er erinnert sich, bei dem Begräbniss einen Schuss gehört zu haben, dann sei er gefallen, aber wieder aufgestanden; er hörte, wie man ihn einen Narren schalt; er schlug die Fenster ein und schrie nach frischer Luft, weil er in der Hölle zu sein glaubte. Von seinem Transport ins Spital und von seiner Krankheit weiss er nur weniges. In seinem schlafähnlichen Zustande hörte er Stimmen, welche ihm befahlen, ruhig liegen zu bleiben und nur zu essen, was man ihm gewaltsam beibrächte. Die Stimmen ermunterten ihn standhaft zu sein. Einmal forderten sie ihn auf, die Flüssigkeit der electrischen Batterie zu trinken, und als er es nicht

that, schimpften sie ihn Hasenfuss. In diesen Gedankenkreis hatte er sich ganz hineingelebt. Auch Gesichtshallucinationen hatte er; er sah Thiere an sich vorbeiziehen; sah dieselben Wandlungen eingehen; er hörte die Stimmen oft ganz laut, oft aber auch sehr leise sprechen. Er habe desswegen zu rauchen verlangt, weil er einsah, dass die Gestalten alsdann wichen. Jetzt ist Pat. vollkommen normal.

Hier laufen gleichzeitig 2 Processe, der spinale und der cerebrale neben einander ab, ohne dass der eine Process durch den andern nachweissbar beeinflusst wurde. Die durch die Tabes gesetzten Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen finden keinerlei Verwerthung im Delirium.

Fall 25. Lereboullet. Gruet loc. cit. Obs. 11.

B., 23 Jahr. Seit 2 Jahren Soldat. Keine Syphilis. Bronchitis im Februar. Kurz nach seiner Entlassung aus dem Hospital klagt Pat. über Schmerzen in den Beinen, besonders links.

Am 11. März plötzlich starke Kopfschmerzen und Suborbitalneuralgien mit Sehstörungen, aber ohne Bewusstseinverlust.

Doppelsehen dauernd bis zum 15 März. Kopfweh liess nach. Rechter Oculomotorius vollständig gelähmt; links unvollständig. Sehr leichte Facialislähmung. Augenhintergrund normal. Leichte Parese der Adductoren und Hyperaesthesien der Planta pedis. Alle Symptome nur vorübergehend. Am 21. März hat sich die Oculomotoriuslähmung gebessert, aber es trat eine Abducenslähmung ein. Am 10. April war die Facialislähmung complett. Die motorischen Störungen in den untern Extremitäten schwanden seit dem 25. März.

Pat. bekam nun Hallucinationen; seit 2 Tagen bildet er sich ein, er sei vergiftet und verlangt nach einem Priester. Examinirt man den Pat. etwas energisch, so gibt er genaue Auskunft; aber sich selbst überlassen beginnt er wieder zu halluciniren.

Lereboullet gibt ausdrücklich an, dass dies ein unzweifelhafter Fall von beginnender Tabes sei.

Fall 26. Rey. loc. cit. Obs. 5.

Mann von 50 Jahren. Eintritt in St. Anne 8. Oct. 1874.

Pat. bietet dar Schwäche der geistigen Fähigkeiten mit Verwirrung der Ideen.

Keine Heredität. Keine Syphilis. Pat. sonst stets gesund. Im Jahr 1871 lancirende Schmerzen in den Beinen, er litt auch an Kopfschmerzen, Schwindel und Sehschwäche. Die Gliederschmerzen nahmen während eines Jahres zu. Gang etwas behindert.

August 1884 Eintritt des geistesgestörten Schulmeisters ins Spital. Pat. leidet an Verfolgungswahn, Gehör- und Gesichtshallucinationen, Vergiftungsangst; er sieht, wie ihn die dienende

Schwester sticht; Thiere wollen ihn beissen; man steckt ihm Gift in den Mund.

Hauptsächlich rechts Schmerzen, Nachts exacerbirend. Krämpfe und Ameisenkriechen in Armen und Beinen. Gürtelschmerz. Sehschwäche. An den Papillen nichts Abnormes. Pat. kann nur mit Unterstützung gehen. Aufrechtes Stehen unmöglich; ausgesprochener atactischer Gang. Sensibilität auf den Fusssohlen stark herabgesetzt. Rohe Kraft erhalten. Sonst die Sensibilität fast normal. Geruch und Geschmack nicht alterirt. Electrische Prüfung verursacht Schmerzen und energische Contractionen. Abnahme der Potenz seit der Erkrankung. Am Darm- und Urogenitalsystem nichts abnormes.. Pat. ist schwachsinnig. Febr. 1875: Ataxie hat zugenommen; auch die Schmerzen in den Armen, besonders stark in den Schultern rechts. Allgemeine Sensibilität nicht merklich herabgesetzt. Pat. leidet an Magenschmerzen und galligem Erbrechen.

Die Geistesstörung trat also bei diesem Pat. auf zu einer Zeit, wo die Spinalerkrankung exacerbirte. Die durch die Spinalaffection gesetzten Sensibilitätsstörungen finden im Delirium Verwerthung. Mit dem Nachlass der tabischen Schmerzen tritt auch das Delirium zurück, ein Zeichen dafür, dass ein gewisser Zusammenhang nicht zu leugnen ist. Von dem Delirium ist Geistesstörung zurückgeblieben.

Fall 27. Rey. loc. cit. Obs. 7.

59jähriger Mann.

Eintritt Sept. 1874 wegen Verfolgungswahn mit Hallucinationen: man bereite ihm Unglück, man moquire sich über ihn, hindere ihn am Schlafe. Pat. atactisch und amaurotisch. Pat. glaubt seine Eltern und Freunde zu hören; er verweigert Speise und Trank. Nach 14 Tagen ist das Delirium verschwunden. Intelligenz und Gedächtniss intact.

Pat. hat viel Absinth getrunken und viel in venere excedirt. 1846 Syphilis mit secundären Erscheinungen. Nach einer sehr starken Erkältung 1871 leichte, später lancinirende Schmerzen in den Beinen. Pat. ermüdete rasch. Gang wurde unsicher und wankend; er glaubte die Erde zittere unter seinen Füssen. 6 Monate nach der Erkältung: vollkommen ausgebildete Ataxie; 2 Jahre später Schwäche und Diplopie. Die Schmerzen nahmen zu, zuerst rechts, dann links. Kurz vor dem Eintritt erblindete Pat. vollkommen. Im Spital bemerkte Pat. die beginnende Impotenz. Erectionen ohne Pollutionen, Kopfschmerzen und Dröhnen vor den Ohren. Die Hände und die Arme werden allmählig auch von der Ataxie befallen. Ameisenkriechen in denselben. Brustschmerzen. Pat. hat das Gefühl von Schwere in den Augen. Beide Papillen atrophirt.

Anfangs 1875 wieder ein Anfall von Verfolgungswahn. Er glaubt vor ein Kriegsgericht gestellt zu sein; er ist bei dem Process zugegen; er hört, wie er zum Tode verurtheilt wird; man schiesst ihm Kugeln durch Augen und Beine. Er sieht, wie man ihm die Beine abhackt, er leidet furchtbar in den maltraitirten Partien. Man

zwingt ihn, seine Excremente zu essen; er nimmt deutlich den Geruch davon wahr. Nach 14 Tagen keine Spur mehr von allen diesen Symptomen.

März 1875. Die atactischen Symptome nehmen zu. Erschwertes Uriniren. Fortwährendes Dröhnen vor den Ohren. Intelligenz und Gedächtniss intact.

Der erste Ausbruch des Deliriums fällt auch hier wieder zusammen mit dem Verlust des Gesichtes und mit dem intensiver werden der Schmerzen. Die sensiblen Störungen, welche durch die Rückenmarkserkrankung gesetzt werden, geben dem Delirium eine specifische Färbung: man schiesst ihm Kugeln durch Augen und Beine, man hackt ihm die Füsse ab, man lässt ihn seine Excremente essen etc.

Fall 28. Rey. loc. cit. Obs. 8.

Pat. 44 Jahre alt. Eintritt 26. März 1875. Er hat den Krimkrieg und den Feldzug in Italien mitgemacht. Er ist Alkoholiker. Er erwachte vor 8 Jahren eines Morgens mit gelähmten Beinen. Lancinirende Schmerzen traten in denselben auf. Nach einigen Monaten Heilung. Gang schwerfällig. Seit 5 Monaten Sehstörung. Im Dec. 1874 erblindete er fast gänzlich.

Bald nachher litt er an Nahrungssorgen und stellte allerlei unvernünftiges Zeug an. Desshalb Aufnahme. Papillen atrophirt. Vollkommen ausgesprochene Tabes. Maniakalischer Zustand mit Geistesschwäche. Pat. spricht fortwährend, lacht ohne Ursache, weist Speise und Trank zurück, will die dienende Schwester heirathen. Seine Antworten unzusammenhängend. Pat. hat kein Bewusstsein seiner Lage. Keine Hallucinationen.

Der Ausbruch der Psychose fällt auch hier zusammen mit dem Verlust des Gesichts und mit Exacerbation des tabischen Processes.

Fall 29. Rougier. loc. cit. 8.

Frau von 46 Jahren. Lues 1863. Eintritt am 17. Januar 1880. Keine Heredität. Vor 9 Jahren plötzlich auftretende schiessende Schmerzen in den Extremitäten. Gürtelschmerz. Kopfschmerzen mit Sehstörungen, später wieder verschwindend. Strabismus. Urinträufeln. Schmerzen beim Uriniren und beim Stuhlgang, auch Gastralgien: Magenkrämpfe mit Erbrechen. Taubes Gefühl an den Fusssohlen. Lähmung des Gaumensegels. Deglutation erschwert. Die Speisen hatten Tendenz, zur Nase wieder herauszukommen. Pat. magerte ab. Pat. ist schmutzig. Tiefe Stiche werden nicht empfunden. Verlangsamte Leitung; Kaltes wird nicht vom Warmen unterschieden. Starkes Zittern in den obern Extremitäten. Zunge nach rechts abgewichen.

Jetzt ist Pat. sehr gereizt, erzürnt sich über alles, spricht und weint, beklagt sich, dass sie verfolgt werde. Sie hat Anfälle von Wuth, in denen sie sich gegen das Bett wirft und versucht, ihren Kopf gegen die Erde zu schlagen. Auch Grössenwahn und Vergiftungsideen; sie sagt, man verbrenne ihr die Beine: man führe ein glühendes

Eisen in den Mastdarm. Sie leidet auch an üblen Geruchsempfindungen.

18. Febr. 1880. Ataxie ist noch mehr fortgeschritten. Oedem an den Händen. Leichte Spasmen an den Extremitäten. Hochgradige Anaesthesie. Pupillen ungleich. Leichte Ptosis links. Langsame, ungleichmässige Sprache. Rechter Arm schwächer als der linke. Bewegung der Arme leicht spastisch. Am 16. März stirbt Pat.

Autopsie. Dura mater normal. Ebenso Cranium. Pia in den Stirnlappengegenden verdickt. Atrophie des rechten Trigeminus, von graurother Farbe. An den hintern Partien der Medulla: Sclerose. An den vier Hügeln: Verdickung mit Pigmentwucherung. An den Wurzeln des Olfactorius graulich verfärbte Stelle, bedeckt mit verdickter Pia. Die beiden Ganglia Gasseri oedematös. Periphere Nerven ebenfalls verdickt. Atheromatose der Arterien. Rückenmark: Graue Degeneration der Hinterstränge.

Rougier gibt an, dass man vielleicht die am Olfactorius anatomisch nachgewiesenen Veränderungen auf die üblen Geruchsempfindungen zurückführen dürfe, welche die Pat. während ihrer Krankheit äusserte.

IV. Dementia.

Fall 30. Moeli. loc. cit. Beob. 4.

35jähriger Mann. Einige Verwandte der Seitenlinien werden als jähzornig bezeichnet. Syphilis fraglich. Pat. hat bis vor 3 Jahren sehr stark geraucht und über das mittlere Mass jedoch nur Bier getrunken. Seit 4 Jahren bemerkte Pat. Abnahme der Potenz; vor drei Jahren hatte er so heftige Kopfschmerzen, dass er sich Schröpfköpfe setzen liess. Vor 2 Jahren nahmen die Kopfschmerzen angeblich in Folge einer sehr heftigen Erkältung wieder zu, und Pat. glaubt, dass seit jener Zeit sein Kopf schwächer geworden sei.

Pat., welcher damals in einer Papierhandlung beschäftigt war, fing an, sich über Aeusserungen seiner Collegen, welche er auf dem Zimmer und im Geschäfte hörte, zu beschweren. Es kam zum Zank und wurde Pat. allmählig so lästig, dass ihn sein Principal, obwohl sonst mit ihm, auch in Bezug auf seine Leistungsfähigkeit, zufrieden, zu entlassen genöthigt war.

5 Wochen vor seiner Aufnahme bemerkte Pat. Flimmern vor den Augen und Druck in der linken Schläfengegend. Bald darauf trat Diplopie ein. Auch litt der Pat. öfters an Harnträufeln. Er liess sich zunächst in die Augenabtheilung aufnehmen und kam von da zur Nervenklinik. Abstumpfung der Sensibilität an den untern Extremitäten. Die Motilität des rechten Beines etwas schlechter. Unsicherer Gang. Mässiges Schwanken bei Augenschluss. Die Sprache nicht sehr deutlich, weil Pat. bald langsam, bald rasch spricht. Im Aussprechen der Worte keine Störung. Das linke Auge zeigt hoch-

gradig verminderte Sehschärfe, ohne deutliche Abweichung des ophthalmoscopischen Befundes. Ausserdem Strabismus divergens. durch Lähmung des rectus externus.

Pat. macht einen schwachsinnigen Eindruck, ist geschwätzig und wiederholt fortwährend in ermüdender Weise seine Klagen über seine Kopfschmerzen; verlangt jeden Augenblick eine andere Behandlung. Hallucinationen und Wahnideen sind sicher nicht vorhanden. Während des mehrmonatlichen Aufenthaltes in psychischem Verhalten keine Veränderung.

Dagegen entwickelt sich innerhalb mehrerer Wochen eine fast totale Paralyse aller vom Oculomotorius versorgten Muskelzweige der rechten Seite, während linkerseits die Lähmung auf eine Parese des rectus internus beschränkt bleibt. Links mässiger Strabismus. Dieser Zustand und die Amblyopie linkerseits dauern an, bis Pat. trotz verschiedener Behandlungsmethoden ungebessert entlassen wird.

Fall 31. Moeli. loc. cit. 6.

40jähriger Mann. Keine Heredität. Vor 9 Jahren Lues. Vor $5^1/_2$ Jahren dolchstichartige Schmerzen in der kleinen Zehe linkerseits, nachdem schon mehrere Jahre vorher Ziehen in den Beinen wiederholt aufgetreten war. Seit 3 Jahren Abnahme der Potenz. In den letzten Jahren Anfälle, als sei er wie auf Draht gezogen. Angst. Schwindel. Heftige Schmerzen in der Lendengegend. Deutliche Ataxie, besonders des linken Beines. Fehlen des Kniephaenomens. Die Berührungssensibilität mässig, dagegen die Schmerzempfindung und das Gefühl für die Stellung der Beine sehr deutlich alterirt.

Pat. beschäftigt sich den ganzen Tag mit der Betrachtung seiner Pupillen und seiner Gesichtsfarbe im Spiegel, beschreibt aufs genaueste seinen Stuhlgang. Er wäscht denselben aus und zeigt die darin entdeckten einzelnen Fasern, welche er in Papier gewickelt stets bei sich trägt. Er grübelt nach über die Ursache seiner Krankheit.

Fall 32. Fournier. loc. cit. 3.

L. P. 1876 atactische Störungen. Geistesschwäche. Ptosis. Energische specifische Behandlung. Pat. glaubte geheilt zu sein.

1878 wurde Pat. schwachsinnig, verdriesslich, schweigsam und verschlossen. Pat. wurde im Geschäft unbrauchbar. Dann trat eine Hemiplegie ein. Die geistige Schwäche nahm stetig zu. Pat. wurde total stumpf, sass den ganzen Tag im Stuhl, ohne etwas zu thun, las die Zeitung ohne dieselbe zu verstehen, verlor sich in den Strassen, verirrte sich selbst im Hause. Hatte im Schlaf Hallucinationen.

Er urinirte in die Hosen und liess im Bett unter sich. Energische specifische Behandlung brachte bedeutende Besserung, so dass

Pat. nach einigen Monaten ein anderer Mensch geworden sein glaubte. Lähmung schwand. Pat. nahm an Allem Theil, sprach verständig, wenn er auch schwachsinnig blieb.

Fall 33. Rey. loc. cit. Obs. IV.

Frau von 30 Jahren. Seit 5 — 6 Jahren Tabes. Pat. ist Alcoholica.

Pat. kam ins Spital mit Geistes- und Gedächtnissschwäche; sie redete unzusammenhängend und verworren.

Vater starb an Gehirncongestion. Mutter an Lähmung. Pat. klagte häufig über Kopfschmerzen; sie hat 6 Mal geboren, 2 Mal abortirt. Sie hat viel in Rhum und Wermuth excedirt. Eltern ebenfalls. In Paris ergab sie sich noch mehr dem Schnapsgenuss.

Seit 5—6 Jahren hat bereits der Mann die geistige Schwäche beobachtet und besonders die Abnahme des Gedächtnisses.

Sie litt auch an Dröhnen vor den Ohren und an Kopfschmerzen. Früh erhebliche Abnahme des Sehvermögens und Diplopie. Papillen weisslich verfärbt. Im Spital hatte Pat. Hallucinationen. Temperatur 37,0, höchstens 37,8 C.

Nach der Aufnahme ins Spital wurde Pat. bald ruhiger, sie hatte aber Mühe, ihre Gedanken zum Ausdruck zu bringen. Pat. ist über Tag, Monat und Jahreszeit absolut nicht orientirt. Schreckhafte Träume. Keine Delirien. Jetzt keine Hallucinationen. Keine Sprachstörung. Leichtes Zittern der Zunge. Ungleiche Pupillen.

Mit der Steigerung des Spinalprocesses kommt es zum Ausbruch des Deliriums. Mit dem Nachlass der Schmerzen auch Schwinden des Deliriums.

Ueber epileptisches Irresein bei Tabes mögen nur wenige Worte hier Platz finden, da es ausserhalb unserer Aufgabe liegt, näher auf diese Psychose bei Tabes einzugehen. Fournier führt in seinem mehrfach schon citirten Werke an 1) Kranke, welche lange vor Ausbruch der Tabes epileptische Anfälle gehabt hatten. 2) Kranke, welche sehr bald nach dem ersten epileptischen Anfall an Tabes erkrankten. 3) Kranke, welche kürzere oder längere Zeit schon an Tabes litten und welche epileptische und epileptiforme Anfälle bekamen. Tigges (loc. cit. Fall 2) theilt ebenfalls eine

Beobachtung mit, in welcher der Kranke epileptische und epileptiforme Anfälle bekam; fast zu gleicher Zeit setzte die Tabes ein und bald darauf wurde der Pat. für längere Zeit melancholisch. Die Psychose heilte, die Tabes schritt unaufhaltsam fort. Tigges sah seinen Pat. nach 1½ Jahren wieder. Pat. war seit seiner Entlassung psychisch vollkommen normal gewesen. Besonders betonen möchten wir, dass diese Fälle von Geistesstörung bei Tabes mit epileptischen und epileptiformen Anfällen stets sehr verdächtig darauf sind, ob sich nicht dennoch im weitern Verlauf der Krankheit Dementia paralytica ausbildet.

Wir haben im Anfang unserer Arbeit erwähnt, dass die Dementia paralytica bei weitem die häufigste Psychose bei Tabes ist. Es liegt nicht in unserer Absicht, diese Geistesstörung bei Tabes in den Kreis unserer Besprechung hineinzuziehen. Bei der Durchsicht der von uns aus der Literatur zusammengestellten Fälle von Tabes mit einfacher Geistesstörung wird man aber vollkommen berechtigt sein, bei einigen Fällen sich zu fragen, ob die Annahme einfacher functioneller Geistesstörung richtig und ob nicht vielmehr ein Theil dieser Fälle noch der Dementia paralytica zuzuweisen sei. Betrachten wir zunächst diese zweifelhaften Fälle.

Bei dem Pat. (Fall 2) konnte zur Zeit der Beobachtung nur eine seit ¼ Jahr bestehende Flüchtigkeit der Gedanken constatirt werden; sonstige Symptome, welche die Diagnose: beginnende allgemeine Paralyse stützen könnten, sind ausdrücklich als nicht vorhanden von Tigges hervorgehoben worden. Der Sectionsbefund bei Fall 3 zeigt uns Veränderungen des Gehirnes, wie man sie als charakteristisch für Dementia paralytica bezeichnet: Gyri der Stirn und Schläfenlappen erheblich verdünnt, Stirn und vordere Centralwindungen unters Niveau gesunken. Die Geistesstörung trat aber bei dem Pat. erst 5 Wochen vor dem Tode auf, ohne irgend welche Anhaltspunkte zu liefern für die Annahme einer beginnenden Dementia paralytica. Wir sind nach dem Sectionsbefund zu der Annahme berechtigt, dass die Pat. mit Wahrscheinlichkeit ein der Dementia paralytica sehr ähnliches Krankheitsbild dargeboten haben würde, wenn sie noch längere Zeit gelebt hätte. Auch Fall 7 dürfte zu mancherlei Bedenken Anlass geben. Die Notizen sind aber zu kurz, um zu einem definitiven Urtheil zu kommen. Moeli führt den Fall auf unter den Psychosen bei Tabes exclusive Dementia paralytica. Aehnliche Bedenken dürfte auch Fall 8 einflössen. Bei dem an ausgesprochener

hypochondrischer Melancholie leidenden Pat. wurde zunehmende Geistesschwäche, behinderte Sprache und zitternde Zunge beim Herausstrecken constatirt, jedenfalls Symptome, welche zu erheblichen Zweifeln Anlass geben dürften. Moebius in Schmidt's Jahrbüchern 190, Seite 281, und Moeli Charité Annalen VI. Jahrgang führen aber diesen Fall unter den Fällen von Geistesstörung bei Tabes exclusive Dementia paralytica auf. Aehnliches gilt auch für Fall 11. Die Section ergab keine für Dementia paralytica charakteristischen Gehirnveränderungen. Rougier lässt es zweifelhaft, ob es sich bei seinem Pat. (Fall 14 für längere Zeit erschwerte Sprache, später geringer Grad von Schwachsinn) um Dementia paralytica handeln könnte. Ganz unzweifelhaft dürfte auch Fall 19 nicht sein. Fournier gibt bei seinem Pat. (Fall 22) so kurze Mittheilungen, dass wir über das Verhältniss zur Dementia paralytica im Unklaren bleiben. Auch bei Lereboullet's Pat. (Fall 25): Paresen des Oculomotorius, Facialislähmung, allmählig eintretende Dementia, dürfte es nicht Wunder nehmen, wenn sich Dementia paralytica entwickelt hätte. Bei dem Fall 26, bei welchem die Krankengeschichte nur von Aug. 1874 bis Febr. 1875 reicht, dürfte es bei dem allmähligen Eintritt von Schwachsinn erlaubt sein, über die endgültige Diagnose Zweifel zu erheben. Dasselbe gilt für Fall 28, bei welchem die Beobachtung auf noch kürzere Zeit beschränkt ist. Im Fall 29 wurde notirt: Langsame, ungleichmässige Sprache, Zunge beim Herausstrecken abweichend, zeitweise Grössenwahn. Die Section ergab: Pia über den Stirnlappen verdickt; jedenfalls Anhaltspunkte genug, um mit Recht zu bezweifeln, ob wir diesen Fall in unserer Zusammenstellung hätten aufführen dürfen. Rougier lässt die Frage offen, ob dieser Fall zur Dementia paralytica gerechnet werden müsse oder nicht.

Bei den von uns mitgetheilten Fällen von einfacher Dementia konnten keine paralytischen Symptome aufgefunden werden. Die Dementia trat allmählig ein nach 3—5jährigem Bestand der Tabes. In dem Fall 33 ist die Dementia entschieden mit dem langjährigen Schnapsgenuss in Zusammenhang zu bringen. Wir müssen bei diesen Fällen ausdrücklich bemerken, dass wir sehr ernste Bedenken getragen haben, dieselben in unserer Arbeit aufzunehmen wegen der Möglichkeit des Ausgangs des Leidens in Dementia paralytica und aus dem Grunde, weil keiner dieser Fälle zur Autopsie gekommen ist. Moeli, Fournier und Rey glauben jedoch diese Fälle zur einfachen Dementia rechnen zu müssen.

Von den auf der hiesigen Klinik beobachteten Fällen

könnten wir bei dem Fall A über den Ausgang des Leidens Zweifel erheben. 3 Monate vor der Aufnahme begann Pat. Thorheiten im Geschäft zu begehen. Freilich konnten eigentliche Anhaltspunkte für die Diagnose: beginnende Dementia paralytica nicht gefunden werden; aber das ganze in der Krankengeschichte geschilderte Benehmen des Pat. auf der hiesigen psychiatrischen Klinik macht einen etwas dementen Eindruck. In wieweit der Alkohol hierbei mitgewirkt hat, lässt sich nicht entscheiden. Leider war die Beobachtung auf der hiesigen Klinik eine nur sehr kurze. Die beiden andern Patienten litten an vorübergehenden Delirien. Auf welcher Basis sich diese Delirien entwickelten, diese Frage werden wir später beantworten, wenn wir die Möglichkeit des Zusammenhanges von Geistesstörung und Tabes besprechen werden.

Die von uns mitgetheilten Fälle B und C, sowie die übrigen nicht als der Dementia paralytica verdächtig bezeichneten Fälle müssen angesehen werden als rein functionelle Psychosen.

Bevor wir die Möglichkeit eines Zusammenhanges von Geistesstörung und Tabes besprechen, möchten wir die Fragen erörtern:

1) In welchen Lebensjahren trat die Tabes auf?
2) In welchem Jahre des Bestehens der Tabes konnten wir den Eintritt der Psychose notiren?
3) Wie oft wurde Syphilis constatirt?
4) Wie oft psychische Belastung?
5) Wie oft wurde syphilitische und psychische Belastung combinirt in der Anamnese angegeben?

Wir sind natürlich bei einer so kleinen Anzahl von Fällen nicht berechtigt, einen allzu grossen Werth auf die von uns gefundenen Zahlen zu legen.

Bei den hier zusammengestellten Fällen trat die Tabes auf:

vom 20.—25. Jahre 3mal (22., 25., 33.) 2 Männer, 1 Frau.
„ 26.—30 „ 7mal (3., 9., 11., 16., 19., B. C.) 5 M., 2 Fr.
„ 31.—35. „ 5mal (8., 21., 29,, 30., 31.) 4 M., 2 Fr.
„ 36.—40. „ 6mal (5., 10., 14 , 17., 18., 20.) 2 M., 4 Fr.
„ 41.—45. „ 4mal (6., 13., 23 , 28.) 3 M., 1 Fr.
„ 46. 50. „ 7mal (2., 4., 7., 12., 15., 26., A.) 4 M., 3 Fr.
„ 51. - 55. „ 1mal (1.) 1 Fr.
„ 56.—60. „ 1mal (27.) 1 M.

2mal war das Alter nicht angegeben. Vom 26. bis zum 50. Lebensjahre waren die Lebensalter in ziemlich gleicher Weise ergriffen.

Die Psychose trat nach dem Beginn der Tabes auf:

nach	2	Jahren	dreimal 7. 19. 23.
„	3	„	6mal A. C. 1. 18. 26. 27.
„	4	„	3mal 2. 30. 32.
„	5	„	2mal 8. 31.
„	6	„	2mal 9. 33.
„	7	„	1mal 4.
„	8	„	2mal B. 28.
„	9	„	2mal 5. 29.
„	10	„	1mal 15.
„	13	„	3mal 11. 16. 22.
„	14	„	1mal 13.
„	17	„	1mal 6.
„	20	„	3mal 3. 14. 20.
„	22	„	1mal 10.
„	30	„	1mal 17.

Bei 3 Fällen waren schon in früheren Jahren psychische Störungen eingetreten. Bei C. zweimal Sinnesdelirien; bei 17 zwei Monate lang Bewusstlosigkeit im 11. Lebensjahre, bei 12 vor 22 Jahren vorübergehende Gemüthskrankheit. In den Fällen (12. 21. 25.) trat Tabes während der Psychose auf.

Syphilis konnte im ganzen zwölfmal constatirt werden: C. 8. 9. 10. 11. 14. 16. 22. 23. 27. 31. 32. also 33,3%.

Keine Syphilis in acht Fällen: 4. 6. 9. 17. 18. 25. 26. B. also 22,2%.

Fraglich blieb Syphilis in vier Fällen: A. 1. 19. 30. also 11%.

Keine Angaben über Syphilis in zwölf Fällen: 2. 3. 7. 12. 13. 15. 20. 21. 24. 28. 29. 33. also 33,3%.

Psychische Belastung wurde constatirt in zehn Fällen: 6. 8. 12. 13. 16. 21. 24. 30. 33. C. also 27,7%.

Keine Psychose in der Familie in fünfzehn Fällen: A. B. 1. 9. 10. 14. 17. 18. 19. 20. 22. 25. 26. 29. 31. also 41,7%.

Keine Angaben hierüber elfmal: 2. 3. 5. 7. 10. 11. 15. 23. 27. 28. 32. also 30,6%.

Psychische und syphilitische Belastung combinirt nur in drei Fällen 8. 16. C.

Treten wir jetzt der Beantwortung der Frage von der Möglichkeit des Zusammenhanges von Geistesstörung und Tabes näher.

Wir finden erstens, dass das Zusammentreffen von Tabes und Psychose ganz zufällige Complicationen sein können.

Zweitens, dass beiden Erkrankungen gemeinsame Ursachen zu Grunde liegen können und drittens, dass Tabes die directe Ursache der Psychose werden kann,

a) durch allgemeine Ernährungsstörungen,

b) durch Irritation,

c) dadurch, dass der Tabesprocess die Grundlage abgibt für Wahnbildungen. Letzteres aber mit Wahrscheinlichkeit nur dann, wenn die erstgenannten Wirkungen stattgefunden haben.

Als rein zufällige Complicationen von Geistesstörung und Tabes dürfen wir folgende Fälle ansehen.

Trotzdem Pat. (Fall 3) schon 20 Jahre an Tabes litt, so war es doch nicht zu allgemeinen Ernährungsstörungen gekommen. Auch waren die Schmerzen nie sehr bedeutend gewesen. Ueberhaupt waren Sensibilitätsstörungen fast gar nicht vorhanden. Die Psychose muss desshalb wohl als zufällige Complication aufgefasst werden. Die Section zeigt uns einen der Dementia paralytica ähnlichen Befund. Den Beginn dieses Processes müssen wir unzweifelhaft weiter zurück datiren als den Eintritt der Psychose (5 Wochen vor dem Tode). Fall 9 dürfte ebenfalls als zufällige Complication anzusprechen sein (Tabes erst während der Psychose). Bei Fall 12 müssen wir die psychische Störung ebenfalls als eine selbständige auffassen. Die aus schwer belasteter Familie stammende Pat. war schon früher an einem Gemüthsleiden erkrankt. Die Tabes trat erst während der letzten Psychose auf. Die Pat. (Fall 15) hatte schon mehrmals (1876, 1878 und 1879) Hallucinationen des Gehörs und des Gesichtes. Die Geistesstörung muss als unabhängig von der Tabes aufgefasst werden. Obwohl die Tabes schon längere Zeit bestand, so hatte sie doch nur geringe Sensibilitätsstörungen hervorgerufen. Während Pierret (Rougier loc. cit. Obs. 3) die Tabes erst im Verlaufe der letzten Psychose entstanden auffasst, glaubt Rougier, dass der Eintritt der Sehstörungen übergehend in doppelseitige Sehnervenatrophie schon als Anfang der Tabes bezeichnet werden müsse. Ein Zusammenhang von Psychose und Tabes kann im Fall 18 wohl nur in dem Sinne angenommen werden, dass die Tabes praedisponirend auf die Psyche eingewirkt hat. In dem Fall 21 tritt die Tabes erst während der Psychose auf; die von der Tabes gesetzten Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen finden in der Geistesstörung die weitgehendste Verwerthung. Bei Fall 24 wird

die Psyche des hereditär schwer belasteten Patienten alterirt in dem Anfangsstadium der Tabes. Die Folgen der Erkrankung waren keineswegs tief ergreifende, so dass beide Momente Tabes und erbliche Belastung die Psyche beeinflusst haben werden. Ganz ähnliche Verhältnisse liegen bei dem Pat. Fall 26 vor.

In manchen Fällen dürfen wir den Zusammenhang von Geistesstörung und Tabes auf gemeinsame Ursachen zurückführen. Man hat gesagt hereditär belastete Individuen seien zu beiden Erkrankungen eher disponirt. Psychische Belastung war mit Sicherheit in 27,7% angegeben. Keine psychische Belastung in 41,7%. Freilich fehlen jegliche Angaben hierüber in 30,6%, jedenfalls bieten diese Zahlen für die Ansichten pro et contra keine hinreichenden Beweise, denn man nimmt im allgemeinen an, dass $^1/_3$ aller Menschen psychisch belastet ist. Als gemeinsame Ursache wird ferner die Syphilis angeführt. Syphilis bestand in 33,3%. Syphilis war nicht vorhanden in 22,2%. Fraglich blieb die Syphilis in 11%. Keine Angaben hierüber in 33,3%. Wir können aus diesen Zahlen nur den Schluss ziehen, dass Syphilis in Psychosen bei Tabes nicht häufiger gefunden wird als bei Tabes überhaupt. Psychische und syphilitische Belastung finden wir combinirt nur dreimal (Fall C. S. 16). Alkoholismus spielte ausser in den von uns mitgetheilten Fällen noch in den Fällen (28 und 33) eine Rolle. Bei dem Pat. (Fall 16) ist angegeben, dass er seit dem 7. Jahre sehr stark onanirt hat. Die Psychose trat im 13. Jahre der Tabes auf. Erkältungen, körperliche Strapazen sind mehrmals als directe Ursachen angegeben worden. Hierher gehört auch Fall 19. Bei dieser Pat. treten schon nach der ersten Geburt Erscheinungen hervor, welche auf eine Tabeserkrankung hindeuten. Die Psychose tritt während der 2. Gravidität auf. Nach der Entbindung schwindet die psychische Störung allmählig, erscheint aber nach mehrmonatlicher Intermission wieder. Heredität bestand nicht. Die Gravidität hat offenbar den Ausbruch der Psychose verschuldet. Es sprechen oft auch gewisse, nicht näher gekannte individuelle Dispositionen als gemeinsame Ursachen für beide Erkrankungen mit. Es scheint, wie aus spätern Betrachtungen hervorgehen wird, dass die Psyche der Tabiker noch am häufigsten dann alterirt wird, wenn mehrere der angegebenen ätiologischen Momente gleichzeitig mitwirken, so dass die Tabes eben den andern den Organismus schwächenden Schädlichkeiten gleichgesetzt werden muss. Als Beweis

können uns die folgenden Fälle dienen, in denen die Tabes als directe Ursache der Psychose angesehen werden kann.

Tabes kann directe Ursache der Psychose werden erstens indem sie allgemeine Ernährungsstörungen setzt.

Im Fall A. hätte der Alkohol die Vorgänge der Gesammternährung, sowie den Stoffwechsel bedeutend herabgesetzt. Durch die Rückenmarkserkrankung war der Pat. in einen höchst hülflosen körperlichen Zustand versetzt worden. Diesen beiden Momenten müssen wir eine entscheidende Rolle als Ursache für die Geistesstörung einräumen. Auch bei dem Pat. Br. Fall B. dürfen wir die Geistesstörung nicht als einfache Complication auffassen. Der allgemeine Ernährungszustand hatte durch die seit 2 Jahren bestehende Tabes entschieden gelitten. Pat. sah sehr blass aus; zudem waren die Darmfunctionen gestört. Der Verlauf der Tabes war mit heftigen Schmerzen verbunden. Dass Pat. sich vor seiner psychischen Störung dem Alkoholgenuss ergeben hatte, muss schon als eine Folge seiner Psychose aufgefasst werden. Es muss desshalb die Tabes unzweifelhaft praedisponirend auf die Psyche des Pat. eingewirkt haben. Der Pat. R. Fall C. hat sehr lange Zeit in Alkohol excedirt. Seine Delirien 1868 und 1876 dürfen als Folgen dieses Lasters angesehen werden. Pat. hat noch bis vor seiner Aufnahme viel getrunken; kurz nach seinem Eintritt kam es zur Geistesstörung. Auch die allgemeine Ernährung dieses Pat. hatte gelitten, hervorgerufen zum Theil durch die Tabes. Ausserdem aber haben schwächend auf den Organismus des Pat. gewirkt: Syphilis, Mercurialcuren, der mehrere Jahre lange Aufenthalt in einem Gefängniss, in welchem Pat. bei schlechter Kost zu starker körperlicher Arbeit angehalten wurde. Die Tabes selbst hatte schon recht ernste Störungen sehr wichtiger Functionen gesetzt, so dass es uns nicht wunder nehmen darf, wenn bei der Einwirkung so vieler Factoren ein günstiger Boden für psychische Störungen geschaffen werden konnte. Der sehr belastete Pat. (Fall 4) hatte ebenfalls in sehr schlechten Lebensverhältnissen gelebt; die Tabes hatte beträchtliche Störungen der Motilität, der Sensibilität und der allgemeinen Ernährung gesetzt, ausserdem noch Darm- und Blasenstörungen; zudem litt Pat. an heftigen Schmerzen, an Schlaflosigkeit, an Träumen schreckhaften Inhaltes, Momente genug, um es uns verständlich zu machen, dass Geistesstörung resultiren konnte. Im wesentlichen gilt das nämliche für Fall 10. Der an scrophulöser Diathese leidende Pat., der schon seit

9 Jahren an Tabes erkrankt ist, befindet sich in einer äusserst hülflosen Lage. Pat. ist blind; die Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen sind weit fortgeschritten. Die Tabessymptome nehmen schliesslich rapide zu; nach heftigen cerebralen Erscheinungen: Kopfschmerzen, Schwindelanfällen und Erbrechen bricht die Psychose (Manie und Tobsucht 4 Jahre hindurch dauernd) aus. Wir dürfen aus dem klinischen und dem Sectionsbefund vielleicht mit Recht schliessen, dass die psychische Störung der Ausdruck dafür ist, dass der Process aufs Gehirn übergegriffen hat. Die Pat. Fall 20 leidet schon seit 20 Jahren an Tabes; sie ist sehr stark abgemagert und enorm herunter gekommen. Dieser Allgemeinzustand dürfte unzweifelhaft auch die Ernährung des Gehirnes herabgesetzt haben und dadurch zur Psychose geführt haben. Bei dem Pat. (Fall 28), welcher dem Alkoholgenuss stark ergeben war, tritt die Psychose im 8. Jahre der Tabes nach vollkommener Erblindung auf. Alkohol und Tabes haben bei diesem körperlich geschwächten Individuum disponirend zur Psychose eingewirkt und die Geistesstörung ausgelöst und zwar zu einer Zeit, wo ausserdem noch der Rückenmarksprocess exacerbirte. Lediglich in den weitgehenden Ernährungsstörungen dürfen wir bei dem Pat. (Fall 29) die Ursache der Psychose suchen; auch bei ihm fällt der Eintritt der Psychose in die Zeit der Exacerbation des Spinalprocesses. Bei dem schwer belasteten Pat. (Fall 30) dürfen wir dem langjährigen Alkoholgenuss, dem sehr starken Rauchen, den heftigen Erkältungen und den Störungen, welche die Tabes hervorgerufen hatte, einen entscheidenden Einfluss auf die Psychose einräumen. In dem Fall 32 tritt bei dem syphilitischen Pat. die Psychose (allmählige Dementia) im 4. Jahre der Tabes auf. Verschlimmert wurde die Psychose durch die Hemiplegie. Der Beginn der Dementia muss auf Rechnung der Tabes, der Syphilis und der energischen Mercurialcuren gesetzt werden. Das Fortschreiten der Dementia dürfte aber wesentlich zu beziehen sein auf die Hemiplegie und auf die hieraus resultirende allgemeine Ernährungsstörung. Die Pat. Fall 33 stammt aus hereditär schwer belasteter Familie und hat sehr viel in Wermuth, Rhum etc. excedirt. Die Psychose dürfte auf den Schnapsgenuss und auf den allgemeinen schlechten Ernährungszustand der Pat. zurückgeführt werden.

Zweitens kann aber auch die Tabes Ursache der Psychose werden durch Irritation.

Die Schmerzen der sonst kräftigen und wohlgenährten Pat. (Fall 1) haben einen hohen Grad erreicht: sie sind es

wohl, welche den Character der Pat. umstimmen und sie melancholisch werden lassen. Wir dürfen desshalb die Psychose als Folge der Tabes auffassen. Die Geistesstörung der Pat. (Fall 2) entsteht auf ähnlicher Basis. Die Sensibilitätsstörungen verursachen Schlaflosigkeit; es treten ferner allerlei vasomotorische Störungen auf, welche verschlimmernd auf den psychischen Zustand wirken. Auch bei Pat. (Fall 5) muss die Tabes, schon seit 9 Jahren bestehend, durch die heftigen Schmerzen, welche durch den Rückenmarksprocess ausgelöst werden, als directe Ursache der Psychose angesehen werden; die bis zu ihrer Erkrankung lustige Pat. wurde durch die Schmerzen, welche keine Besserung erfahren, trübsinnig und gereizt. Dasselbe gilt auch von dem schon seit 7 Jahren erkrankten Tabiker Fall 6. Die Schmerzen raubten dem psychisch belasteten Pat. den Schlaf und führten zu Träumen schreckhaften Inhaltes. Für die Psychose des an hypochondrischer Melancholie leidenden Pat. Fall 8 gelten ganz ähnliche Gründe. Der aus psychisch belasteter Familie stammende Pat. Fall 13 hatte schon in der Pubertät Anfälle von Gemüthsleiden. Die Tabes, an der Pat. schon 7 Jahre litt, muss neben der Heredität als die auslösende Ursache für die psychische Störung angesehen werden. Die Psychose des syphilitischen Pat. (Fall 14) muss ebenfalls auf chronische Irritation durch den Rückenmarksprocess bezogen werden. Einige Zeit vor dem Ausbruch der Psychose litt Patient constant an den heftigsten Kopfschmerzen. Bei Fall 16 ist ebenfalls die Tabes directe Ursache der Psychose, denn mit dem Intensiverwerden der Tabesschmerzen kommt es bei dem ausserdem noch hereditär belasteten und durch die lange Dauer (14 Jahre) der Krankheit heruntergekommenen Pat. zur Psychose. Mit dem Nachlassen der Schmerzen schwindet auch die Geistesstörung. Es hat bei diesem Fall die Annahme einer Irritation des Gehirns durch den Rückenmarksprocess durchaus nichts Unwahrscheinliches. Fall 17. Hier besteht die Tabes schon 30 Jahre. Pat. ist vollkommen erblindet. Mit der Erblindung bricht das Delirium aus und seit dieser Zeit ist Pat. psychisch afficirt. Es kommt zu Wahnbildungen des Gesichts, des Gehörs, des Geruchs und des Geschmacks, diese sowie die Tabesschmerzen werden wahnhaft ausgelegt. Pat. Fall 22 leidet schon 13 Jahre an Tabes. Es ist unzweifelhaft, dass die lange Dauer des Rückenmarkprocesses irritirend auf die Psychose gewirkt hat. Die durch den Tabesprocess gesetzten allgemeinen Ernährungsstörungen haben ebenfalls ihren Einfluss auf die psychischen Functionen gel-

tend gemacht. In das zweite Jahr der Tabes fällt bei dem Pat. Fall 23 die Psychose. Bei Ausbruch der Geistesstörung hat der Rückenmarksprocess exacerbirt und dadurch bei dem sonst kräftigen Mann auslösend auf die Psychose gewirkt. Im weitern Verlauf der Psychose hat die Tabes verschlimmernd eingewirkt. Bei dem Pat. Fall 26 trat die Geistesstörung ein, als der Rückenmarksprocess ein acuteres Stadium darbot. Die Tabesschmerzen finden desshalb auch in der Psychose entsprechende Verwerthung. Die psychischen und die durch die Tabes gesetzten Störungen gehen gleichzeitig in Besserung über. Ein ganz ähnliches Verhältniss gilt auch für den Pat. Fall 27. Beide Processe werden gleichzeitig gebessert. Der Pat. Fall 31 litt schon seit 5 Jahren an Tabes; er hatte ausserordentlich heftige Schmerzen, zudem frühzeitig cerebrale Symptome: Kopfschmerzen und Schwindel. Man ist desshalb sicherlich berechtigt, einen Einfluss des Rückenmarksprocesses auf das Gehirn anzunehmen.

Die Tabes kann schliesslich Ursache der Psychose werden durch Grundlage für Wahnbildungen. Es kommt natürlich zu diesen erst, nachdem durch die vorerwähnten Momente die Psychose ausgelöst wurde. Die durch die Rückenmarkserkrankung bedingten Störungen der Motilität und Sensibilität finden in der Psychose entsprechende Verwerthung.

Bei Patient 4 geben dieselben Anlass zu der Wahnbildung, es seien Löcher in den Scheiben; jemand lege ihr die Hand auf den Nacken. Die Herabsetzung der Hautsensibilität gibt der Pat. Fall 6 Anlass zu dem Glauben, sie habe ein Wasserkissen in der Seite und dürfe sich desshalb nicht rühren. Pat. (Fall 14) percipirt das Ameisenkriechen in den Händen dahin, dass sein Nachbar ihn mit Nadeln steche. Vielleicht dürften auch die Gesichtshallucinationen eine ähnliche Bedeutung haben, da Pat. während seines deliranten Zustandes eine Iritis syphilitica durchmachte, welche zu beträchtlichen hintern Synechien führten. Leider sind die Angaben über die überstandene Iritis nicht ausführlicher mitgetheilt. Im Fall 17 empfindet der Pat. die Schmerzen so, als ob seine Kameraden ihn mit Messern stechen. Die weitgehendste Verwerthung der durch den Tabesprocess gesetzten Störungen finden sich im Fall 21. Die Wahnvorstellungen basiren im wesentlichen auf Gefühlsneurosen. Der Pat. 23 litt stets an Rückenschmerzen; im Delirium werden sie ausgelegt als Schmerzen durch die Electricität verursacht; der Pat. schrie Höllenmaschine und tobte lange

Zeit von furchtbaren Schmerzen gequält im Zimmer umher. Pat. 26 glaubt, man steche ihn in die Beine, Thiere beissen ihn etc. Bei dem Pat. 27 finden die Sensibilitätsstörungen weitgehende Verwerthung: man schiesse ihm Kugeln durch Beine und Augen. Pat. sieht, wie ihm die Beine abgehackt werden etc. Pat. 29 klagt darüber, dass man ihre Beine brenne, dass man glühende Eisen ins Rectum einführe.

Aus den Betrachtungen, welche wir an die von uns mitgetheilten wie an die aus der Literatur zusammengestellten Fälle geknüpft haben, geht hervor, dass Geistesstörung bei Tabes exclusive Dementia paralytica äusserst selten ist, wahrscheinlich noch viel seltener, als wir es aus den vorliegenden Krankengeschichten annehmen zu dürfen glaubten, da manche Fälle sehr grosse Aehnlichkeit mit dem Krankheitsbild der Dementia paralytica darboten. Es ergab sich ferner, dass nur in wenigen Fällen die Psychose zufällige Complication der Tabes war, dass in den allermeisten Fällen mehrere Ursachen zusammenwirken mussten, um die Psychose auszulösen, und dass Tabes für sich allein schon durch die Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen und durch die Störungen in der allgemeinen Ernährung directe Ursache für die psychische Störung werden konnte. Die durch die Tabes gesetzten Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen finden in der Psychose vielfache Verwerthung. Einige Autoren, vor allem Kirn, gehen in dieser Beziehung sehr weit; jedenfalls kommen auch bei andern Psychosen ähnliche Krankheitsbilder vor, so dass man berechtigt ist, die Möglichkeit einer andern Deutung, als wie dies von Kirn geschehen ist, zuzugeben.

Meinem hochverehrten Lehrer

Herrn Professor Dr. Jolly

spreche ich hiermit für die Ueberlassung des Materials, sowie für die freundlichen Rathschläge während der Abfassung der Arbeit meinen wärmsten Dank aus.